



Sexualidade e Cuidados Paliativos em Doentes Oncológicos

Uma Revisão Sistemática de Literatura

Inês Leite de Oliveira Lima

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Bruno Alexandre Guerra Jorge Pereira
Coorientador: António José Ferreira da Silva

fevereiro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Inês Leite de Oliveira Lima, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 43718 de/o Medicina (Mestrado Integrado) da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido e elaborado os presentes trabalho e texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente, afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 13/02/2025

Inês Leite de Oliveira Lima

Dedicatória

Aos meus queridos avós, Américo e Adelaide, que já não se encontram entre nós para testemunhar esta conquista.

É em vossa memória que trilho o caminho da Medicina.

Para sempre no meu coração.

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Bruno Pereira, o meu orientador, expresso a minha gratidão por ter concordado em acompanhar-me. Agradeço pelo seu interesse genuíno no projeto, pela exigência que contribuiu para o meu crescimento, pela cooperação constante e pela prontidão em compartilhar o seu conhecimento.

À Dra. Graça Gabriel, pela imensa ajuda nesta revisão. Sem ela, eu certamente não teria conseguido. Ela esteve sempre pronta a ajudar-me, e o mundo é, indubitavelmente, mais bonito e melhor com pessoas como a Dra. Graça.

Ao meu coorientador e amigo António José, pela sua imensa disponibilidade e generosidade em querer ajudar-me ao longo deste processo. A tua vontade de estar presente, ouvir e apoiar fez a diferença.

À minha família, especialmente à minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão, que sempre estiveram ao meu lado, ouvindo-me e oferecendo o conforto e apoio que eu precisava. Vocês foram o alicerce sólido perante as tempestades, o ombro amigo que sempre esteve lá quando eu precisei.

Aos amigos que cruzaram o meu caminho durante estes seis anos; vocês transformaram esta caminhada em algo muito mais extraordinário do que eu jamais imaginei que poderia ser. Vocês trouxeram luz, risos e memórias que eu não posso nem quero esquecer.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, e a todos os seus dedicados funcionários e professores, que contribuíram para a minha formação e deixaram uma marca indelével no meu percurso académico. Cada ensinamento, cada desafio superado, cada conselho recebido moldou a pessoa que sou hoje.

À Covilhã, a minha Cidade Neve, por me receber de braços abertos e proporcionar a mais significativa experiência da minha vida. Aqui encontrei não apenas conhecimento, mas também aprendizagens sobre o que é a resiliência, a amizade e o amor.

A todos, o meu mais sincero e profundo agradecimento. Este trabalho não teria sido possível sem o apoio, encorajamento e inspiração de cada um de vocês.

“Nowadays there are only a few moments when I do not think about death. When I am not besieged by what is coming. When I make love is one of these moments. Then everything else ceases to exist. Then we disappear in a bundle of bodies.”

Kristian Gidlund

Resumo

Introdução: A sexualidade desempenha um papel significativo na qualidade de vida (QV) das pessoas, no entanto, a sua integração nos cuidados paliativos é desafiadora, nomeadamente pela presença de preconceitos e estereótipos difundidos sobre a sexualidade das pessoas sob esses cuidados. Explorar a interseção entre sexualidade e cuidados paliativos é imperativo para uma compreensão abrangente da QV em pacientes com doenças avançadas. Esta revisão sistemática de literatura visa contribuir para cuidados mais holísticos, promovendo a dignidade e respeito pelos valores e desejos do paciente.

Objetivo: A presente revisão visa analisar a interação entre sexualidade e cuidados paliativos, investigando as barreiras à expressão dessa mesma sexualidade em pacientes nesse contexto, identificando desafios enfrentados pelos profissionais ao abordar esse tema e explorando práticas ou estratégias adotadas para superar obstáculos e aprimorar a QV dos pacientes em cuidados paliativos. Esta revisão procura motivar investigações futuras sobre o papel crucial da sexualidade nos cuidados paliativos.

Material e Métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica em novembro de 2024 nas bases de dados B-on, Elsevier Scopus e PubMed, utilizando combinações de palavras-chave relacionadas com sexualidade e cuidados paliativos em doentes oncológicos. Incluíram-se artigos publicados entre 2014 e novembro de 2024, em inglês, espanhol e português, que abordassem a função sexual de doentes oncológicos em estágio avançado ou terminal, sob cuidados paliativos. Foram excluídos estudos sobre pacientes não oncológicos, em estágio inicial ou sobreviventes de cancro. De um total de 479 artigos, incluíram-se 10 que cumprem os critérios de inclusão estabelecidos.

Resultados e Discussão: Os estudos demonstram que a saúde sexual de pacientes com cancro avançado em cuidados paliativos é frequentemente negligenciada, apesar dos pacientes expressarem necessidade de informação e apoio nesta área. A expressão sexual, a proximidade emocional e a intimidade permanecem importantes para o paciente, mesmo com as alterações na função sexual decorrentes da doença. Existem barreiras à abordagem da sexualidade, como a falta de formação dos profissionais de saúde e tabus sociais. É crucial haver uma mudança para integrar a sexualidade nos cuidados paliativos, com estratégias de intervenção eficazes, de forma a promover a QV e bem-estar do paciente.

Conclusão: A sexualidade permanece importante para os doentes oncológicos em cuidados paliativos, com impacto positivo na sua QV. No entanto, é parcamente discutida

devido à falta de habilitação de profissionais de saúde, estigmas e tabus. Estratégias baseadas no rastreio destas dificuldades e na educação podem melhorar a abordagem, demandando mais pesquisas para a sua efetividade.

Palavras-chave

Sexualidade; saúde sexual; intimidade; cuidados paliativos; cuidados holísticos; doença avançada; doentes oncológicos.

Abstract

Introduction: Sexuality plays a significant role in people's quality of life (QoL), however, its integration into palliative care is challenging, particularly due to the presence of widespread prejudices and stereotypes about the sexuality of people under such care. Exploring the intersection between sexuality and palliative care is imperative for a comprehensive understanding of QoL in patients with advanced illness. This systematic literature review aims to contribute to more holistic care, promoting dignity and respect for the patient's values and desires.

Objective: This review aims to analyze the interaction between sexuality and palliative care, investigating the barriers to the expression of this same sexuality in patients in this context, identifying challenges faced by professionals when approaching this topic and exploring practices or strategies adopted to overcome obstacles and improve patients' QoL in palliative care. This review seeks to motivate future investigations into the crucial role of sexuality in palliative care.

Material and Methods: A bibliographic review was carried out in November 2024 in the B-on, Elsevier Scopus and PubMed databases, using combinations of keywords related to sexuality and palliative care in cancer patients. Articles published between 2014 and November 2024, in English, Spanish and Portuguese, were included, which addressed the sexual function of cancer patients in advanced or terminal stages, under palliative care. Studies on non-cancer patients, early-stage cancer patients or cancer survivors were excluded. Of a total of 479 articles, 10 were included that met the established inclusion criteria.

Results and Discussion: Studies show that the sexual health of patients with advanced cancer in palliative care is often neglected, despite patients expressing a need for information and support in this area. Sexual expression, emotional closeness and intimacy remain important to the patient, even with changes in sexual function resulting from the disease. There are barriers to addressing sexuality, such as the lack of training of health professionals and social taboos. It is crucial that there is a change to integrate sexuality into palliative care, with effective intervention strategies, in order to promote the patient's QoL and well-being.

Conclusion: Sexuality remains important for cancer patients in palliative care, with a positive impact on their QoL. However, it is rarely discussed due to the lack of qualifications

of health professionals, stigmas and taboos. Strategies based on tracking these difficulties and education can improve the approach, requiring more research for their effectiveness.

Keywords

Sexuality; sexual health; intimacy; palliative care; holistic care; advanced disease; cancer patients.

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo	xi
Palavras-chave	xii
Abstract	xiii
Keywords	xiv
Lista de Figuras	xvii
Lista de Tabelas	xix
Lista de Acrónimos e Siglas	xxi
1. Introdução	1
2. Metodologia	5
2.1. Objetivos	5
2.2. Pergunta de pesquisa	5
2.3. Pesquisa	5
2.4. Critérios de inclusão	6
2.5. Critérios de exclusão	7
2.6. Extração de dados	7
2.7. Avaliação da qualidade dos artigos	7
3. Resultados	9
3.1. Seleção de estudos	9
3.2. Caracterização geral	10
3.3. Ferramentas e modelos de avaliação	12
3.4. Principais resultados extraídos da análise bibliográfica	12
4. Discussão	33
4.1. Limitações	36
4.2. Direções futuras	38
5. Conclusão	41
6. Referências Bibliográficas	43
Anexos	49
Anexo 1 – Registos excluídos com respetiva justificação	49

Anexo 2 – Avaliação da qualidade dos artigos de acordo com a Escala de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell	52
Anexo 3 – Escala de Avaliação da Qualidade de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell	53
Anexo 4 – Lista de Verificação de Avaliação Crítica para Evidência Textual: Opinião de Especialistas	56

Lista de Figuras

Figura 1 – Fluxograma PRISMA 2020 do processo de seleção dos estudos incluídos

Figura 2 – Teoria dos Sistemas Ecológicos aplicada à sexualidade no fim da vida

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características dos artigos incluídos

Tabela 2 – Principais ferramentas de avaliação da saúde sexual e bem-estar

Tabela 3 – Descrição sumária dos artigos incluídos

Lista de Acrónimos e Siglas

<i>BIS</i>	<i>Body Image Scale</i> (Escala de Imagem Corporal)
<i>DS</i>	Disfunção sexual
<i>ECOG</i>	Escala do <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i> (Grupo Cooperativo de Oncologia do Leste)
<i>EORTC QLQ-SH22</i>	<i>European Organization for the Research and Treatment of Cancer - Quality of Life Questionnaire for Sexual Health 22</i> (Questionário de Qualidade de Vida para a Saúde Sexual 22 da Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Cancro)
<i>EORTC-30</i>	<i>European Organization for the Research and Treatment of Cancer - Quality of Life Questionnaire 30</i> (Questionário de Qualidade de Vida 30 da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro)
<i>FSFI</i>	<i>Female Sexual Function Index</i> (Índice de Função Sexual Feminina)
<i>GPS</i>	<i>Good Performance Status</i> (Bom Estado de Desempenho)
<i>MBC</i>	<i>Metastatic Breast Cancer</i> (Cancro da Mama Metastático)
<i>OMS</i>	Organização Mundial da Saúde
<i>PLISSIT</i>	<i>Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy</i> (Permissão, Informação Limitada, Sugestões Específicas, Terapia Intensiva)
<i>PPS</i>	<i>Palliative Performance Scale</i> (Escala de Desempenho Paliativo)
<i>PPS</i>	<i>Poor Performance Status</i> (Fraco Estado de Desempenho)
<i>PRISMA</i>	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses</i> (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises)
<i>SQoL</i>	<i>Sexual Quality of Life</i> (Qualidade de Vida Sexual)
<i>QV</i>	Qualidade de Vida

1. Introdução

A sexualidade é um aspeto fundamental da experiência humana, inerente à identidade e bem-estar do indivíduo (1). A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere a sexualidade como um dos constituintes primordiais que cooperam para uma sensação de vida plena e um elemento central do ser humano ao longo da vida, compreendendo sexo, identidades, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (2,3).

Apesar da sua preponderância, é frequentemente negligenciada no contexto dos cuidados de saúde, nomeadamente, nos cuidados paliativos. Sentir-se belo, viril ou feminino, a função sexual, a masturbação, a libertação sexual, o erotismo e a sensualidade são todas componentes importantes da sexualidade, que não devem ser ignoradas nos cuidados paliativos (4,5).

É pertinente desmistificar a ideia de que a sexualidade não termina com o diagnóstico de uma doença terminal, muito pelo contrário, a necessidade de intimidade e a expressão sexual podem continuar a ser importantes para os doentes, independentemente da sua condição física (4,6,7). As mudanças físicas e emocionais resultantes da doença e dos tratamentos, como a disfunção sexual (DS), imobilização, alterações na imagem corporal (como alopecia, variações de peso, cicatrizes e necessidade de aparelhos), fadiga, imunossupressão, sintomas não controlados (como dor e depressão) e os efeitos de intervenções cirúrgicas, podem afetar a sexualidade, mas não a eliminam (1,3,4,8–11).

No contexto dos cuidados paliativos, a sexualidade, o sexo e o contacto íntimo apresentam benefícios diretos bastante relevantes, pelo que não devem ser colocados de parte. Assim, o sexo possui efeitos redutores da dor; situações prazerosas na vida, podem reduzir a dor. No caso das mulheres, há uma compensação adicional, uma vez que a estimulação genital e o orgasmo elevam ativamente o limiar da dor. Também tem consequências ao nível do sono, apresentando uma melhoria, possivelmente, causada por um misto de cansaço, músculos relaxados e mente relaxada. Para além disso, na excitação sexual e no orgasmo, a ocitocina é libertada, atuando a vários níveis, aumentando a confiança e melhorando o humor (5).

A sexualidade é uma mais-valia nesta fase, na medida em que poderá proporcionar quer ao paciente, quer ao parceiro, momentos de harmonia, partilha e superação, por momentos, do sofrimento que os envolve, provocado pela doença (5). A sexualidade não é somente biológica, ela está também associada ao bem-estar emocional e psicológico, particularmente, nos estágios finais da vida (6).

Os cuidados paliativos, têm como objetivo aliviar os sintomas de doenças incuráveis, proporcionando conforto e melhorando a QV (7). Diferente dos cuidados de fim de vida, os cuidados paliativos beneficiam pessoas de qualquer idade e estágio de uma doença grave

(2). Além de aliviar o sofrimento físico, oferecem suporte a pacientes e cuidadores, ajudando a lidar com o impacto emocional e psicológico da doença (2,4,5,12).

A negligência perante a sexualidade advém, sobretudo, da dificuldade dos profissionais de saúde em abordar temas sensíveis como a mesma (3–9,13–17); da vergonha que muitos doentes sentem ao falar sobre questões sexuais, assumindo que, se fossem importantes, os profissionais de saúde abordá-las-iam (5,14); e do estigma associado aos cuidados paliativos, da crença errônea de que os doentes em cuidados paliativos estão simplesmente à espera da morte, quando, na verdade, o encaminhamento precoce pode melhorar significativamente a QV dos mesmos (6,9,12,18).

A maior parte dos indivíduos em cuidados paliativos tem idade mais avançada, pelo que a sexualidade é mais facilmente negligenciada em pacientes mais velhos do que em pacientes mais jovens. Na maioria das vezes, os profissionais supõem que as pessoas que recebem cuidados paliativos não possuem desejo sexual e não estão interessadas em expressão ou relações sexuais (10).

O número crescente destes doentes, muitos dos quais cada vez mais jovens (19), exige uma abordagem holística e compassiva que reconheça e atenda às suas necessidades sexuais e de intimidade.

Ignorar a sexualidade destes doentes implica privá-los de uma parte fundamental da sua humanidade, contribuindo para o seu sofrimento e isolamento (5,6,12,20).

Falar sobre sexualidade, por outro lado, abre portas para o diálogo, para a compreensão, para o apoio e para o alívio do sofrimento. Permite que os doentes se sintam vistos, ouvidos e compreendidos na sua totalidade, contribuindo para uma melhor QV (9,20).

O impacto positivo do esclarecimento de dúvidas e o fornecimento de informações sobre saúde sexual aos pacientes em cuidados paliativos deve motivar os profissionais de saúde a superar as dificuldades que eles enfrentam em relação a esse assunto. As competências de comunicação conferem aos profissionais de saúde a capacidade de explorar as necessidades identificadas pelo paciente e/ou pelo casal. Uma melhor compreensão e reconhecimento de saúde sexual pelo profissional de saúde pode ser um contributo crucial para uma visão holística aprimorada e verdadeira em cuidados paliativos (3,10). Os profissionais de saúde devem ter em consideração um conjunto mais amplo de práticas sexuais e não se devem centrar apenas na relação sexual com penetração (10).

Na abordagem desta temática, premeia-se a dignidade e a singularidade do doente, aceitando que a sexualidade se mantém uma parte relevante da sua vida, independentemente da doença. É um ato de preocupação, de zelo, de respeito e de amor que torna mais humanos os cuidados paliativos e restitui aos doentes oncológicos o domínio sobre as suas vidas e os seus corpos.

Este tema é vanguardista, é desafiador, sobretudo, pelos tabus inerentes que aborda: a sexualidade e a morte, dois temas frequentemente evitados na sociedade. Em diversos países, que não Portugal, a morte é tratada com naturalidade e até mesmo com reverência, integrada de maneira mais natural na cultura e no quotidiano. Já em Portugal, permanece envolta em silêncio, reforçando o carácter tabu (21). No campo da medicina, temos atestado uma lenta, todavia crucial, transição de temas considerados sensíveis para a sua normalização, e a sexualidade em cuidados paliativos insere-se nesse movimento. Foi justamente essa convergência de complexidade e pertinência que me levou a eleger este tema para a minha dissertação. Pretendo investigar como esta questão é abordada e, eventualmente até, compreender a sua realidade própria no contexto do nosso país.

Assim, o objetivo, a finalidade desta dissertação consiste em responder à questão: "Qual a influência mútua entre a abordagem da sexualidade e a QV de pacientes oncológicos em cuidados paliativos?", dissecando as estratégias existentes, a sua eficácia e impacto. A intenção é aprofundar a relevância da saúde sexual para estes pacientes, cooperando para a prática clínica e futuras pesquisas.

2. Metodologia

Este trabalho foi desenvolvido sob a forma de uma revisão sistemática de literatura, seguindo os critérios estabelecidos de acordo com as diretrizes PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses/Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises), e tendo sido submetida na PROSPERO, a base de dados internacional de revisões sistemáticas.

2.1. Objetivos

Os objetivos desta revisão sistemática de literatura consistem em:

- Avaliar o impacto da sexualidade na QV de doentes oncológicos em cuidados paliativos;
- Compreender a importância da sexualidade para estes doentes;
- Investigar o interesse e a predisposição dos doentes e dos profissionais de saúde para abordar a temática da sexualidade neste contexto;
- Identificar os principais obstáculos que dificultam a discussão sobre sexualidade entre doentes, familiares e profissionais de saúde;
- Explorar estratégias e intervenções que facilitem a comunicação e a integração da sexualidade na abordagem paliativa.

2.2. Pergunta de pesquisa

Qual a influência mútua entre a abordagem da sexualidade e a QV de pacientes oncológicos em cuidados paliativos?

2.3. Pesquisa

Efetou-se uma revisão bibliográfica de artigos científicos na semana de 17 de novembro de 2024, com a finalidade de identificar estudos sobre a sexualidade em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. Após a identificação dos termos através do *thesaurus* MeSH, complementada por outras palavras-chave relevantes, a pesquisa foi conduzida na: B-on, Elsevier Scopus e PubMed.

A pesquisa abrangeu o período entre 2014 e 2024, com o objetivo de englobar artigos recentes e atualizados sobre a temática em estudo. Esta escolha justificou-se pela observação prévia de um crescimento exponencial no número de publicações relacionadas com esta temática a partir de 2014, em particular, na base de dados PubMed.

Assim sendo, para localizar publicações entre 2014 e novembro de 2024, aplicou-se a seguinte equação de pesquisa: ("*end-of-life intimacy*" OR "*sexual quality of life*" OR

sexuality OR "sexual function" OR "sexual dysfunction*" OR "sexual dysfunction" OR "sexual behaviour" OR "sexual health" OR "sexual healthcare" OR "sexual expression" OR "sexual activit*" OR "sexual difficult*" OR "sexual disorder*" OR "sexual problem*" OR "reproductive physiological phenomena" OR coitus OR "sexual intercourse" OR "coital frequenc*" OR "sexual intimacy" OR libido) AND ("palliative care" OR "palliative intent" OR "sex-positive palliative care" OR "end-of-life care" OR "palliative supportive care" OR "palliative treatment*" OR "palliative therapy" OR "palliative surger*" OR "palliative medicine" OR "palliative care medicine" OR "palliative oncology") AND ("cancer care" OR "cancer patient*" OR "oncolog* patient*" OR "patient* with cancer" OR "individual* with cancer" OR "patient* with neoplasm*" OR "individual* with neoplasm*" OR "oncological treatment" OR "cancer patient* medical care").*

Considerando as diferentes possibilidades de terminações, o símbolo asterisco (*) foi utilizado para alcançar uma maior diversidade de resultados.

Na plataforma B-on, aplicaram-se limites de tipologia de documento (revistas acadêmicas e científicas) e limites de fornecedores de conteúdos, sendo selecionadas as seguintes bases de dados: Complementary Index, Scopus, Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index, Supplemental Index, Gale in Context: Science, ScienceDirect e Directory of Open Access Journals. Na base de dados Elsevier Scopus, restringiu-se a pesquisa a documentos do tipo artigos e revisões. Já na PubMed, aplicou-se o limite para documentos categorizados como *Classical Article, Clinical Conference, Clinical Study, Clinical Trial, Clinical Trial Protocol, Clinical Trial Phase I, Clinical Trial Phase II, Clinical Trial Phase III, Clinical Trial Phase IV, Comparative Study, Congress, Consensus Development Conference, Consensus Development Conference NIH, Controlled Clinical Trial, Corrected and Republished Article, Equivalence Trial, Evaluation Study, Newspaper Article, Observational Study, Randomized Controlled Trial, Review e Validation Study*. Esta estratégia garantiu que apenas fontes científicas de alta qualidade fossem consideradas, assegurando a robustez metodológica da revisão bibliográfica.

2.4. Critérios de inclusão

- Data de publicação dos artigos compreendida entre 2014 e novembro de 2024;
- Artigos em inglês, espanhol e português;
- Referência a doentes com diagnóstico oncológico e em estágio avançado ou terminal de doença, em cuidados paliativos;
- Referência a profissionais de saúde que trabalham com doentes oncológicos, em cuidados paliativos;

- Referência à função sexual.

2.5. Critérios de exclusão

- Excluem-se pacientes não oncológicos em cuidados paliativos;
- Excluem-se pacientes oncológicos em estágio inicial, que não se encontram em estágio avançado, terminal da doença ou em cuidados paliativos;
- Excluem-se todos os artigos que abordam a sexualidade em sobreviventes de cancro ou pacientes que completaram o tratamento oncológico curativo e estão em fase de monitorização ou reabilitação;
- Excluem-se artigos que fazem referência a profissionais de saúde que não trabalham com doentes oncológicos e em cuidados paliativos;
- Excluem-se artigos que não desenvolvem o tema da função sexual.

2.6. Extração de dados

A pesquisa na B-on resultou em 168 estudos, na PubMed em 13 e na Elsevier Scopus em 298. Após a remoção de 120 duplicados, através do Mendeley, procedeu-se à leitura do título, *abstract* e *keywords* dos 359 artigos, resultando na exclusão de 335. Após a exclusão desses artigos, foi possível classificá-los, tendo em consideração as razões de exclusão, apresentando o(s) critério(s) não cumprido(s). Apesar da existência de uma grande quantidade de artigos, muitos não abordavam doentes em estágios avançados ou terminais da doença, nem em cuidados paliativos. Assim, a primordial causa de exclusão foi, de longe, o facto da população-alvo dos artigos estar fora do âmbito dos cuidados paliativos.

Foram, deste modo, selecionados para leitura integral e avaliados quanto à elegibilidade 24. Após essa análise detalhada, 10 artigos foram incluídos na revisão sistemática, sendo que houve 1 sem acesso ao texto integral e 13 excluídos devido às razões expostas na tabela em anexo.

Os dados recolhidos foram: *autores, título do artigo, ano de publicação, país, língua, objetivo, tipo de estudo, método, respetivas limitações, participantes, principais resultados* e, por fim, *conclusões e recomendações*.

2.7. Avaliação da qualidade dos artigos

Por forma a avaliar a qualidade de oito dos artigos incluídos (14,15,18,20,22–25), foi utilizada a Escala de Avaliação da Qualidade de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell (26). Esta compõe-se de nove itens, podendo cada um ser classificado como “Bom (4 pontos)”, “Razoável (3 pontos)”, “Fraco (2 pontos)” e “Muito Fraco (1 ponto)”, fornecendo,

deste modo, uma visão sobre o que cada estudo acrescenta. A pontuação mínima é de 9 pontos, e a máxima é de 36.

Selecionou-se esta escala devido à sua capacidade de avaliar diversos tipos de estudos e, sobretudo, devido ao seu uso repetido em revisões sistemáticas na área dos cuidados paliativos. Neste trabalho, foram escolhidos apenas estudos com um valor igual ou superior a 30.

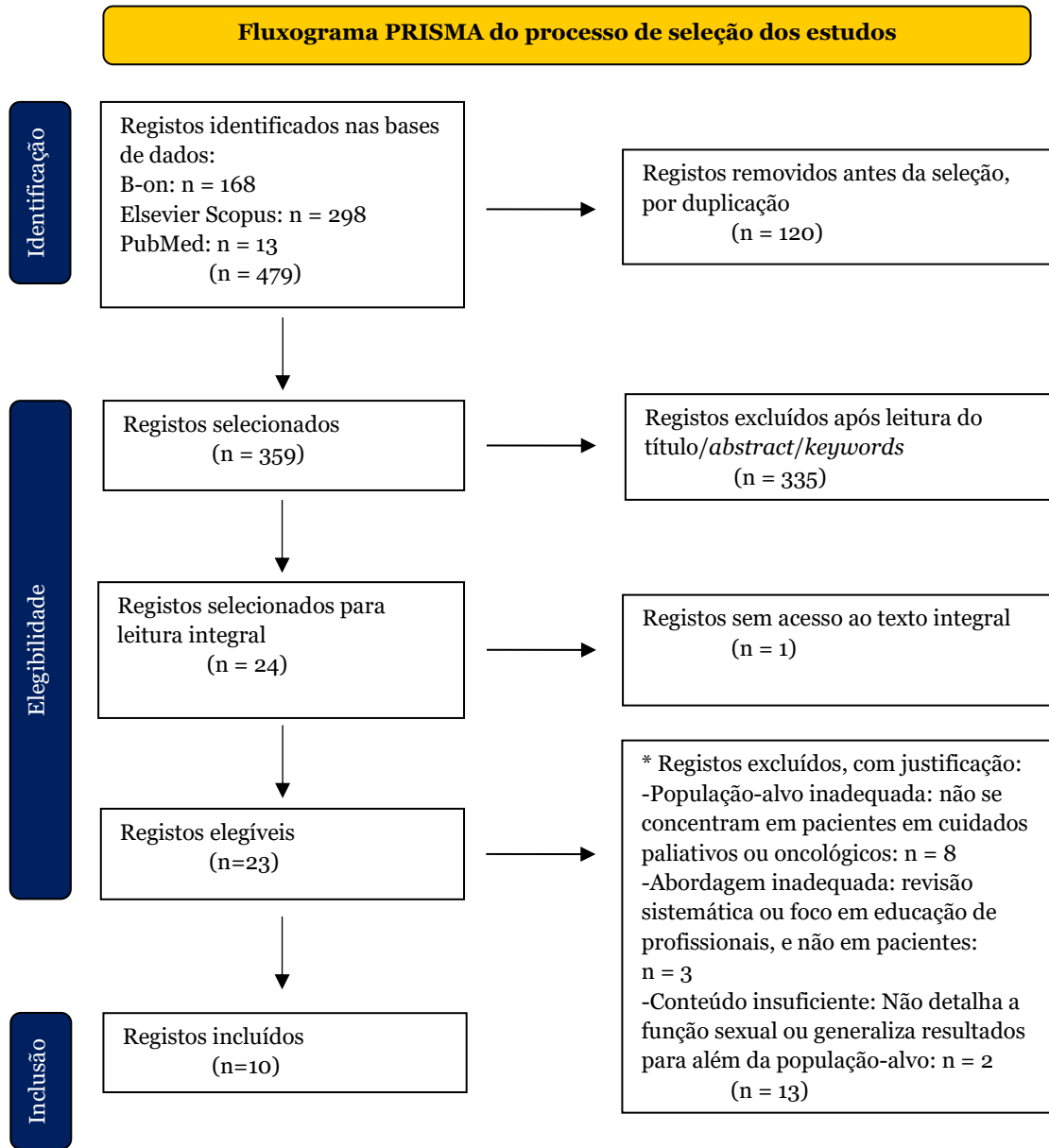
Em anexo, encontram-se os resultados da avaliação, bem como os itens da escala.

Para avaliar os restantes artigos (9,27), recorreu-se a um questionário (28) que assegurou a sua credibilidade e isenção de vieses, que também se encontra disponível em anexo.

O diagrama PRISMA, apresentado na Figura 1, resume as etapas de seleção dos artigos e as características dos estudos excluídos.

3. Resultados

3.1. Seleção de estudos



*A tabela em anexo apresenta com maior detalhe os motivos de exclusão dos artigos considerados elegíveis para leitura integral.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA 2020 do processo de seleção dos estudos incluídos.

3.2. Caracterização geral

Dos dez artigos selecionados, quatro são estudos quantitativos (14,18,22,25), três qualitativos (15,20,23) e um possui simultaneamente abordagens quantitativa e qualitativa (24). Além disso, a revisão sistemática compreende, ainda, uma revisão narrativa de literatura (9) e um estudo alicerçado em correspondência clínica (27).

A tabela seguinte sistematiza os artigos incluídos.

Tabela 1 – Características dos artigos incluídos.

Código do Artigo	Autores	Título do Artigo	Ano de publicação e País/Língua
A1 (22)	Bramati et al.	Attitudes of Palliative Care Specialists Toward Assessing Sexual Dysfunction in Patients With Cancer	2023 EUA/Inglês
A2 (24)	Campos et al.	Sexual function and disease progression in women with advanced cancer	2022 Não indica explicitamente o país de origem/Inglês
A3 (25)	Campos et al.	Sexual Function, Body Image and Quality of Life of Women with Advanced Cancer	2022 Brasil/Inglês
A4 (9)	Leung et al.	Communication About Sexuality in Advanced Illness Aligns With a Palliative Care Approach to Patient-Centered Care	2016 Canadá/Inglês
A5 (27)	Mah	Existential loneliness and the importance of addressing sexual health in people with advanced cancer in palliative care	2019 Canadá/Inglês
A6 (20)	McClelland	“I wish I'd known”: patients' suggestions for supporting sexual quality of life after diagnosis with metastatic breast cancer	2016 EUA/Inglês
A7 (15)	McClelland et al.	Vaginal Dryness and Beyond: The Sexual Health Needs of Women Diagnosed With Metastatic Breast Cancer	2015 EUA/Inglês
A8 (14)	Roij et al.	Sexual health and closeness in couples coping with advanced cancer: Results of a multicenter observational study (eQuiPe)	2022 Holanda/Inglês
A9 (18)	Schmalz et al.	Sexual health-a topic for cancer patients receiving oncological treatment with palliative intent	2024 Não indica explicitamente o país de origem/Inglês
A10 (23)	Taylor	Experiences of sexuality and intimacy in terminal illness: A phenomenological study	2014 Reino Unido/Inglês

Os artigos têm origem em países de alto rendimento, como EUA (15,20,22), Canadá (9,27), Reino Unido (23), Brasil (25) e Holanda (14), com predomínio de estudos norte-americanos e europeus. Somente o Brasil representa a América Latina. Dois deles (18,24) não apontam a origem, mas o A9 (18) envolve 13 países, reforçando uma abordagem multinacional.

Os estudos analisados abrangem quer investigações pontuais quer projetos de acompanhamento prolongado, apresentando diferentes perspectivas sobre a saúde sexual e a QV em cuidados paliativos.

Com base nas populações abordadas, é possível organizá-los em: pacientes com cancro e/ou respetivos parceiros, mulheres com cancro e profissionais de saúde. O estudo A9 (18) incluiu 101 pacientes oncológicos, enquanto os estudos A8 e A10 analisaram pacientes oncológicos e/ou parceiros, com destaque para o estudo A8 (14), que reuniu 566 pacientes e 566 parceiros, contrastando com os 14 pacientes e 4 parceiros do estudo A10 (23). Já os estudos A2, A3, A6 e A7 centraram-se em mulheres com cancro avançado, incluindo 60 participantes nos A2 e A3 (24,25), e 32 nos A6 e A7 (15,20), estes últimos orientados para mulheres com cancro da mama metastático (MBC). Finalmente, o estudo A1 (22) apresentou a perspectiva de 49 profissionais de cuidados paliativos em situações com doentes oncológicos em cuidados paliativos.

A faixa etária dos participantes variou entre os 20 e os 80 anos, com harmonia de género em alguns estudos (14,18) e enfoque em mulheres noutros (15,20,24,25), enquanto os profissionais de cuidados paliativos foram na maioria mulheres jovens (22).

A maior parte dos participantes estava em relações heterossexuais de longo prazo, englobando também 14 parceiros do mesmo sexo (14) e 2 participantes lésbicas ou bissexuais (23).

Os tipos de cancro preponderantes foram: pulmão, colorretal, mama, ginecológico e próstata, com destaque para cancros metastáticos, que representam um desafio clínico significativo. A prevalência de metástases ósseas (69%) e hepáticas (41%) em mulheres com MBC (15,20) sublinha a gravidade do estágio avançado da doença.

Alguns estudos abrangeram somente pacientes com funcionalidade preservada (PPS $\geq 70\%$) (24,25) e expectativa de vida mínima (≥ 3 semanas) (15,20), para possibilitar a participação.

Os artigos podem ser distribuídos em quatro temas principais: saúde sexual em cuidados paliativos e oncologia geral (9,18,22,27), onde é destacada a pertinência da comunicação e da formação de profissionais de saúde; saúde sexual e relações conjugais (14), analisando-se o vínculo entre saúde sexual e proximidade conjugal em casais que encaram o cancro avançado; saúde sexual em mulheres com cancro avançado, investigada em A2 e A3 (24,25), com enfoque na função sexual, imagem corporal e QV, e aprofundada

em A6 e A7 (15,20) quanto às necessidades de mulheres com MBC; e, finalmente, experiências e perspetivas sobre a sexualidade, o tema do A10 (23), que analisa as vivências da sexualidade e intimidade em pessoas com doenças terminais (com cancro ou doença do neurónio motor).

3.3. Ferramentas e modelos de avaliação

Recorreu-se a diversos instrumentos para avaliar a saúde sexual e o bem-estar em diferentes situações. A tabela que se segue mostra um resumo preciso das principais ferramentas de avaliação utilizadas.

Tabela 2 – Principais ferramentas de avaliação da saúde sexual e bem-estar

Ferramenta	Objetivo	Aplicação
BIS (Escala de Imagem Corporal) (24,25)	Medição da imagem corporal	Relação com satisfação sexual e QV
Brief Sexual Symptom Checklist (9)	Triagem de DS	Cuidados paliativos
ECOG (18) e PPS (24,25)	Classificação do desempenho físico	Pacientes paliativos
Escala de Depressão de Beck (24,25)	Identificação de sintomas depressivos	Estudos sobre saúde mental
EORTC QLQ-C30 (Questionário de Qualidade de Vida 30 da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro) (24,25)	Avaliação da qualidade de vida global	Pacientes oncológicos
EORTC QLQ-SH22 (Questionário de Qualidade de Vida para a Saúde Sexual 22 da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro) (18)	Avaliação da saúde sexual	Pacientes oncológicos (curativos e paliativos)
Five As Framework e Algoritmo ALLOW (22)	Estratégias para triagem e avaliação da DS	Profissionais de saúde
FSFI (Índice de Função Sexual Feminina) (22,24,25)	Avaliação da função sexual feminina	Estudos sobre função sexual em mulheres
International Index of Erectile Function (22)	Avaliação da disfunção erétil	Saúde sexual masculina
Modelo PLISSIT (Permissão, Informação Limitada, Sugestões Específicas, Terapia Intensiva) (9,22,23)	Abordagem para discutir sexualidade	Identificação de DS

3.4. Principais resultados extraídos da análise bibliográfica

Após a caracterização geral efetuada, compreendendo a perspetiva espaço-temporal e a população-alvo, cumpre sintetizar os resultados primordiais dos diversos artigos analisados. Embora cada um tenha estabelecido a suas próprias conclusões, evidenciaram-se três pontos fundamentais: *sexualidade encarada como uma área crucial dos cuidados paliativos, disfunção e (in)satisfação sexuais: o impacto do cancro*

avançado e dos seus tratamentos, e obstáculos ao ser abordada a sexualidade: interação com profissionais de saúde, preconceito e desumanização.

3.4.1. Sexualidade encarada como uma área crucial dos cuidados paliativos

Uma das primeiras questões a considerar, ao abordar a sexualidade nos cuidados paliativos é se, efetivamente, existe vontade por parte dos pacientes em discutir este tópico. A evidência indica que sim, visto que a totalidade dos estudos afirma que a maioria dos profissionais de saúde e dos próprios doentes confirma a manutenção da importância da sexualidade, que permanece imutável, mesmo diante do diagnóstico terminal.

Mah (27) refere que, ainda que nem todos os pacientes com cancro avançado em cuidados paliativos atribuam primazia à sexualidade, para os que a valorizam, discuti-la reforça os vínculos emocionais e diminui a angústia existencial.

O estudo, a pesquisa dos artigos patenteia que a sexualidade é uma área preponderante da experiência humana, preservando a sua pertinência mesmo em situações de doenças avançadas e no contexto dos cuidados paliativos (9,24,27). De acordo com Schmalz et al. (18), apesar do pior estado funcional e da maior fadiga, os pacientes com fraco estado de desempenho (PPS), comparativamente aos com bom estado de desempenho (GPS), atribuíram maior importância à sexualidade, destacando que, mesmo em estágios avançados da doença, esta continua a ser uma dimensão relevante, embora limitada pelas condições físicas.

3.4.2. Disfunção e (in)satisfação sexuais: o impacto do cancro avançado e dos seus tratamentos

Quanto ao impacto da sexualidade nos pacientes, a evidência demonstra a sua prevalência, fazendo-se representar de diversas formas. Entre elas, destaca-se o fortalecimento da intimidade e da proximidade emocional com o parceiro, a contribuição para um sentimento de normalidade e a melhoria da percepção da própria imagem corporal. Estes fatores, por sua vez, estão associados a uma melhoria, quer no bem-estar, quer na QV.

A integração da sexualidade nos cuidados paliativos oncológicos melhora a QV dos pacientes, contribuindo para a preservação da função sexual. Estudos mostram que, ao incluir cuidados de saúde sexual, é possível contrariar a ideia de um declínio inevitável, expandindo o conceito de sexualidade além da penetração e adaptando-o às necessidades individuais dos pacientes (20,24).

Os artigos indicam que muitos casais alcançam elevados níveis de proximidade emocional, mesmo perante os desafios impostos pela doença (14). A intimidade e o apoio mútuo tendem a ser reforçados neste cenário, promovendo a resiliência e ajudando os casais a enfrentar as adversidades (23).

Contudo, o cancro e os tratamentos oncológicos estão frequentemente associados a alterações físicas, emocionais e hormonais que podem comprometer a função sexual e a percepção da imagem corporal, originando problemas como: DS, dor, diminuição do desejo e dificuldades na adaptação às novas circunstâncias (14,15,18,24). Em algumas situações, a intimidade e o toque físico são afetados pela dor e pelas limitações físicas provocadas pelos tratamentos, como a secura vaginal, dispareunia, mastectomias e efeitos secundários da quimioterapia (15).

Os estudos mostram que a atividade sexual nas mulheres com cancro avançado pode ser influenciada por fatores diversos. No estudo de coorte com duas avaliações anuais de Campos et al. (24), 48,8% das mulheres permaneceram sexualmente ativas, sendo todas casadas ou com parceiro, todavia, não estavam imunes às dificuldades sexuais (38,1% apresentaram DS). A função sexual manteve-se estável entre a 1ª e 2ª avaliação, apesar das mudanças físicas e emocionais ao longo do tratamento. Houve, até, uma melhoria considerável na imagem corporal, enquanto a percepção do estado de saúde global agravou.

Porém, num estudo transversal incluído na análise de coorte anterior de Campos et al. (25), as razões apontadas para a falta de atividade sexual entre as mulheres sexualmente inativas foram: a ausência de parceiro (40,5%), escolha pessoal (16,2%) e causas relacionadas diretamente ao cancro (21,6%). Ainda de referir que as mulheres que permanecem sexualmente ativas tinham a imagem corporal como o único fator diretamente relacionado à satisfação sexual.

As mulheres, em alguns estudos, descreveram que a prática sexual pode criar mais desconforto do que prazer, levando os casais a procurar outras formas de intimidade que não envolvem a atividade sexual. A satisfação sexual, assim, está mais associada à proximidade emocional do que à própria prática sexual (14,23).

Adicionalmente, o estado de saúde do paciente desempenha um papel determinante na sua experiência. Investigadores como Schmalz et al. (18) observaram que pacientes GPS relataram níveis mais elevados de satisfação sexual em comparação com os PPS ($p = 0,015$), mas um maior impacto do tratamento na atividade sexual ($p = 0,005$) e redução da libido ($p = 0,008$). Já pacientes PPS referem a existência de mais fadiga ($p = 0,027$). Este estudo menciona também que a ferramenta EORTC QLQ-SH22 revelou que pacientes em tratamento curativo apresentaram maior satisfação sexual em comparação com os pacientes em cuidados paliativos. Também Leung et al. (9) refere que os pacientes em cuidados paliativos apresentam complicações sexuais mais graves (diminuição da libido,

disfunção erétil) do que pacientes oncológicos que não se encontram nessa situação e que estudos anteriores revelaram pontuações muito baixas em bem-estar sexual e frequência/intimidade nestes pacientes.

A insatisfação sexual atinge pacientes e parceiros, com mais de 50% dos casais inativos sexualmente, apesar do interesse. É notória uma desconexão, uma vez que para os homens, a principal preocupação é o interesse sexual, enquanto para as mulheres é a aparência física (14). A falta de ligação pode evoluir com a percepção das alterações físicas, conduzindo os parceiros a recear a dor, o agravamento da condição do paciente ou até, erroneamente, acreditar que o cancro é contagioso (9). Mulheres que passam por mudanças corporais significativas, nomeadamente após cirurgia ou tratamentos, encaram *stress* adicional, sendo as solteiras as mais afetadas (15). De salientar a ansiedade que elas sentem em parecer ou sentirem-se normais, comparativamente a outras pacientes e com pessoas sem a doença (20).

Porém, alguns casais referem reconexão apesar das dificuldades, procurando alternativas que asseguram a intimidade emocional, como novas formas de interação sexual, além do ato sexual tradicional, isto é, com penetração (23). Assim, o sexo oral ou masturbação, têm ajudado a preservar a conexão emocional, ainda que perante as limitações físicas (14). O estudo A7 (15) refere também que houve mulheres que se adaptaram positivamente ao toque e à intimidade.

3.4.3. Obstáculos ao ser abordada a sexualidade: interação com profissionais de saúde, preconceito e desumanização

Outro ponto destacado na análise consistiu na complexidade que é abordar a sexualidade a diferentes níveis nos cuidados paliativos, que vão desde o cerne mais próximo do paciente, isto é, parceiros e profissionais de saúde, até aos obstáculos estruturais e socioculturais. De facto, os artigos analisados fizeram menção às dificuldades que existem na comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, e, embora a maioria das pesquisas aponte para causas relacionadas com os profissionais, como o desconforto, falta de preparação, preconceito e priorização de outros sintomas, que não os da DS, dois estudos (9,14) ressaltaram que é um assunto sobre o qual muitos pacientes não se abrem. Para além disso, um dos artigos enfatizou que a má comunicação do casal é um fator preponderante a ser tido em conta. Já a nível sistémico, existem limitações relacionadas com a organização dos cuidados paliativos, como a falta de privacidade em hospitais e unidades especializadas, e, numa escala ainda mais ampla, fatores enraizados na sociedade, como tabus e estigmas, dificultam a naturalização e inclusão da sexualidade no cuidado destes pacientes.

Os estudos analisados destacam uma necessidade urgente de disponibilizar informação e apoio direcionados à saúde sexual de pacientes oncológicos e dos seus parceiros (14,15,18,20,24). Pacientes em cuidados paliativos carecem de informação e apoio para enfrentar desafios na sexualidade, uma vez que a falta de orientação agrava os impactos do tratamento na função sexual (20,24). Poucas mulheres recebem informações sobre alterações na sexualidade pós-tratamento (8,33%) (25), e apenas 20% das que fazem terapia endócrina ou quimioterapia colocam lubrificantes, devido à ausência de orientação (15). Também no estudo de Roij et al. (14) cerca de 33% dos pacientes e parceiros referiram problemas de saúde sexual ou no relacionamento, mas apenas 8% solicitaram apoio profissional.

Esta necessidade abrange, não só a compreensão do impacto da doença, tratamentos e cirurgias, mas também a exploração de alternativas sexuais seguras e o acesso a especialistas, associações de apoio e orientações que os norteiem nesta fase peculiar das suas vidas (14,15,20). Os pacientes pretendem ter acesso a soluções para questões como a secura vaginal e dispareunia, englobando o uso de lubrificação, posições sexuais que diminuam a dor ou desconforto, e opções de atividades sexuais que não envolvam só a penetração, que fomentem a proximidade e o prazer sem limitações físicas, uma vez que a intimidade, nesta conjuntura, vai além da relação sexual, privilegiando o toque, o carinho e a ligação de âmbito emocional, formas essenciais de conexão que devem ter o devido reconhecimento e valorização (14,15).

Embora haja interesse nessas práticas, a orientação médica mantém-se limitada, focando-se, particularmente, na penetração vaginal, em aspetos físicos, como disfunção erétil, secura vaginal e dispareunia, enquanto preocupações emocionais e psicológicas são frequentemente ignoradas, negligenciando, assim, outras formas de intimidade. Acresce referir que a comunicação com os profissionais de saúde é insuficiente, tendo sido ainda mais diminuta no grupo GPS, como patenteado no estudo de Schmalz et al. (15,18,20).

Muitas são as causas que impedem a sexualidade nos cuidados paliativos de ser abordada, nomeadamente pela falta de formação específica, segurança e à-vontade dos profissionais de saúde, bem como a existência de insensibilidade, tabus sociais e culturais (9,14,15,20,22,23,27).

O estudo de Bramati et al. (22), que se debruçou sobre a temática sob a perspetiva dos profissionais de saúde, certifica que a discussão sobre DS é, de facto, escassa, com barreiras, como a falta de iniciativa do paciente, tempo limitado e a gravidade da situação do mesmo. Embora os profissionais reconheçam a importância do tema, muitos evitam abordá-lo, acreditando que não é da sua responsabilidade. Há também muita falta de conhecimento, com cerca de 86% deles desconhecendo o modelo PLISSIT e os efeitos dos medicamentos sobre a sexualidade. A maioria dos profissionais acredita ser necessário mais

treino e materiais educativos. De referir ainda que apresentam algum desconforto pessoal em abordar a temática (9,22). Como consequência, surgem a fuga ao tema e a desvalorização das preocupações dos pacientes.

Os pacientes também apresentam dificuldades na comunicação das suas preocupações, como vergonha, medo do julgamento e a expectativa de que o profissional de saúde inicie a conversa (9). O estudo de Roij et al. (14), com casais a lidar com cancro avançado, demonstra que o medo do julgamento social, tanto por parte dos pacientes como dos profissionais, contribui para a perpetuação do silêncio. Também Leung et al. (9) apontam a vergonha e o constrangimento dos pacientes como barreiras significativas à comunicação sobre sexualidade, particularmente, em contextos de doença e vulnerabilidade.

A falta de tempo durante as consultas e a priorização do tratamento da doença em detrimento da saúde sexual também contribuem para a negligência das necessidades sexuais dos pacientes (9,15,27).

Os estudos revelam que a sexualidade em pacientes mais velhos ainda é um tema cercado de preconceitos e barreiras, nomeadamente, nos cuidados paliativos (9,15,23,27). Profissionais de saúde evitam abordar o assunto devido à suposição errónea de que estes pacientes não mantêm uma vida sexual ativa, apesar de muitos permanecerem sexualmente ativos (9). Acresce ainda referir que há uma perceção generalizada de que são "muito velhos" ou "muito doentes" para se envolverem em experiências íntimas, desacreditando que, mesmo com as limitações impostas pela progressão da doença, muitos ainda desejam conservar formas de intimidade (23,27).

A ausência de privacidade no ambiente hospitalar, adicionada a interferências dos profissionais de saúde e ao uso de camas individuais, impõe desafios adicionais à vivência da sexualidade (9). Ao mesmo tempo, quer os pacientes quer os parceiros demonstram desconhecimento sobre onde procurar apoio ou acreditam que os seus problemas não têm solução (14). Centros especializados em questões sexuais são pouco divulgados ou inadequados (15).

A tabela que se segue resume os resultados da análise dos estudos selecionados, organizados em torno de cinco eixos principais que organizam e sintetizam a informação recolhida. Inicialmente, são apresentados os objetivos, as finalidades de cada estudo, descrevendo o contexto em que cada trabalho foi desenvolvido. Seguidamente, procede-se à descrição do tipo de estudo analisado e os métodos utilizados, incluindo as principais limitações identificadas. Informações sobre a população-alvo dos estudos são, posteriormente, apresentadas. O quarto eixo foca-se nos principais resultados alcançados, segundo as perspetivas dos autores. Finalmente, são apresentadas as conclusões e as sugestões destinadas à prática clínica e a futuras linhas de investigação.

Tabela 3 – Descrição sumária dos artigos incluídos

Código do Artigo	Objetivos	Tipo de Estudo/ Método e Limitações	Participantes e Critérios de Elegibilidade	Principais Resultados	Conclusões e Recomendações
A1 (22)	Avaliar as atitudes, crenças e barreiras enfrentadas por profissionais de saúde de cuidados paliativos em relação à discussão da DS em pacientes com cancro.	<p>Estudo piloto com um questionário anónimo composto por 19 perguntas.</p> <p>O questionário abordou a frequência das discussões sobre DS, barreiras, responsabilidades e familiaridade com o modelo PLISSIT.</p> <p>As respostas foram analisadas, utilizando escalas graduais e comparadas a investigações anteriores.</p> <p>Estudo limitado devido a uma amostra pequena e específica, falta de dados demográficos e possíveis lacunas, contudo os seus resultados são consistentes e aplicáveis a outros contextos.</p>	Participaram 49 profissionais de saúde de cuidados paliativos, sendo 74% mulheres e 86% com menos de 49 anos, incluindo médicos, provedores de práticas avançadas e conselheiros/psicólogos, com uma taxa de resposta de 89% (49 de 55).	<p>Discussão sobre DS: 69% raramente ou nunca discute DS com pacientes, e 96% relatou que os pacientes raramente ou nunca abordam o tema.</p> <p>Principais barreiras: O paciente não levantar a questão (76%), falta de tempo (71%), presença de terceiros (49%) e o estado grave do paciente (43%). Outros fatores foram: a falta de treino (37%), desconforto pessoal (22%) e medo de ofender (20%).</p> <p>Dicotomia entre conforto e prática: embora se sintam confortáveis e reconheçam a importância de discutir a sexualidade, a maioria raramente aborda o tema, acreditando que não é a sua responsabilidade.</p> <p>Familiaridade com ferramentas: 86% nunca ouviu falar do modelo PLISSIT, e 73% raramente discute os efeitos colaterais de medicamentos sobre a sexualidade.</p> <p>Necessidade de treino: 82% dos profissionais considerou importante</p>	<p>Os profissionais de cuidados paliativos raramente abordam a DS e podem tirar proveito de maior educação sobre o tema. Estratégias como o PLISSIT, o Five As Framework e o algoritmo ALLOW, bem como ferramentas como o FSFI e o International Index of Erectile Function, podem ser úteis para triagem e avaliação da DS.</p> <p>É recomendado: ampliar a educação e o treino sobre DS para profissionais de cuidados paliativos, incorporar ferramentas de triagem, como os índices de função sexual feminina e masculina, realizar estudos multicêntricos que incluam a perspectiva dos pacientes e desenvolver estratégias e modelos de comunicação para abordar a DS de forma sensível e eficaz</p>

				aprofundar conhecimentos sobre DS, e 67% concordou que materiais educativos, como panfletos, seriam úteis.	
A2 (24)	Avaliar a função sexual, a imagem corporal e a QV de mulheres com cancro em estágios avançados (III-IV).	<p>Estudo de coorte quantitativo e qualitativo com duas avaliações anuais por entrevistas, questionários e registos médicos.</p> <p>Ofereceu orientação para consultas adicionais para controlo de sintomas ou dificuldades sexuais.</p> <p>O estudo utilizou quatro instrumentos para avaliar diferentes aspetos da saúde das participantes: a função sexual foi avaliada usando o FSFI, enquanto a imagem corporal foi medida com a BIS; a QV foi analisada através do EORTC QLQ-C30 e sintomas depressivos foram avaliados pela Escala de Depressão de Beck.</p> <p>Estudo limitado pela</p>	<p>Participaram 60 mulheres, com idades entre os 30 e 74 anos, com cancro avançado (estágios III-IV) da mama, ginecológico ou colorretal, com progressão nos últimos 12 meses e funcionalidade $\geq 70\%$ na Escala de Desempenho Paliativo (PPS). Foram excluídas pacientes com outros tipos de cancro ou incapacidade cognitiva/psicológica.</p> <p>Após um ano, 43 mulheres (71,67%) realizaram os questionários novamente.</p>	<p>Progressão da doença: 28 mulheres (65,12%) apresentaram progressão da doença e 7 faleceram durante o estudo.</p> <p>Atividade e disfunção sexuais: 21 mulheres (48,8%) permaneceram sexualmente ativas, todas casadas ou com parceiro.</p> <p>Destas, 8 (38,10%) apresentaram DS. 4 retomaram a atividade sexual após intervenções simples, como lubrificantes e vibradores; 2 sem parceiro relataram masturbação regular.</p> <p>A pontuação média do FSFI foi $24,52 \pm 9,51$.</p> <p>Função sexual: não houve diferença significativa entre as pontuações de função sexual na 1ª e 2ª avaliação (28 vs. 30,3; $P = 0,19$).</p> <p>Imagem corporal e saúde global: houve uma melhoria significativa na imagem corporal (pontuação média: 6 para 3; $P = 0,039$), apesar da pior perceção do estado de saúde global (pontuação média: 75 para 41,7; $P =$</p>	<p>O estudo sublinha que, apesar da progressão da doença, muitas mulheres mantiveram interesse e práticas sexuais, sendo que intervenções simples desempenharam um papel importante na retoma da prática da atividade sexual. A melhoria na imagem corporal sugere uma ressignificação positiva do corpo, indo além das mudanças físicas causadas pela doença e tratamento.</p> <p>Recomenda-se, portanto, desenvolver abordagens terapêuticas específicas, levando em consideração as diferenças entre mulheres sexualmente ativas e inativas, e garantir que as orientações sobre sexualidade e práticas seguras sejam claras e adequadas. Além disso, é importante realizar pesquisas sobre o impacto da</p>

		inclusão apenas de pacientes com parceiros homens, ausência de avaliação prévia da função sexual, falta de análise da qualidade dos relacionamentos, possível recusa de participantes devido à sensibilidade do tema e pela ausência de grupo de controlo.		0,001). Comparação com outros estudos: a taxa de mulheres sexualmente ativas foi semelhante à de outros estudos, mas menor do que estudos que incluíram exclusivamente mulheres jovens ou em estágios iniciais da doença. Os índices de função sexual permaneceram estáveis, diferindo de estudos que indicam piora progressiva. Impacto do tratamento: a ausência de orientações adequadas sobre sexualidade (ex.: uso de lubrificantes e práticas seguras) aumentou o risco de DS.	ressignificação da imagem corporal na QV das mulheres com cancro avançado, bem como na de pacientes oncológicos em geral.
A3 (25)	Examinar a DS, a QV e a imagem corporal em pacientes com cancro da mama, colorretal e ginecológico em estágio avançado (III-IV).	Estudo transversal quantitativo, que fez parte da análise de coorte quantitativa e qualitativa anterior. Os parâmetros avaliados foram: saúde e QV, função sexual, imagem corporal e sintomas depressivos, sendo, respetivamente, avaliados pelos EORTC-30, FSFI, Escala BIS e Escala de Depressão de Beck.	Participaram 60 mulheres com cancro da mama, colorretal ou ginecológico em estágio III-IV, diagnosticadas ou com recorrência da doença nos 12 meses anteriores ao início do estudo e com uma pontuação na PPS \geq 70%.	Imagem corporal e QV: problemas de imagem corporal tiveram um impacto negativo na QV global, nas funções físicas e satisfação sexual, afetando mulheres ativas e inativas. Em mulheres ativas, a imagem corporal esteve associada à função sexual, mas não à QV global, evidenciando que essas duas dimensões são experiências distintas. Atividade sexual: apenas 23 das mulheres (38,3%) eram sexualmente ativas. Entre as inativas, as principais razões para a falta de atividade sexual	A DS, multifatorial, reflete a necessidade de apoio especializado. O estudo conclui que compreender os motivos para a interrupção da atividade sexual é crucial, com a imagem corporal, que é influenciada por fatores emocionais, bem como orgânicos, desempenhando um papel central na sexualidade e na QV. Muitas mulheres com cancro avançado não recebem

		<p>Estudo limitado pela amostra composta unicamente por mulheres com parceiros homens e a falta de avaliação da qualidade das relações afetivas. A inclusão de mulheres em tratamento de quimioterapia ou terapia hormonal pode limitar a generalização dos resultados. Acresce referir que o desenho do estudo não permite estabelecer causalidade.</p>		<p>foram: a falta de parceiro (40,5%), escolha pessoal (16,2%) e causas relacionadas ao cancro (21,6%). DS: das mulheres sexualmente ativas, 36,4% apresentaram DS, com a imagem corporal sendo o único fator relacionado com a satisfação sexual. A taxa de DS foi menor do que a observada noutros estudos (>70%), possivelmente, devido à inclusão somente de mulheres sexualmente ativas na análise. Informações e intervenções: somente 8,33% das mulheres recebeu informações sobre as alterações pós-tratamento relacionadas à sexualidade, e apenas 20% das mulheres em terapia endócrina ou quimioterapia usava lubrificantes.</p>	<p>informações adequadas sobre mudanças sexuais durante o tratamento, como o uso de lubrificantes e práticas sexuais seguras. Há uma necessidade urgente de fornecer informações claras sobre sexualidade, utilizar questionários autoadministrados para identificar problemas sexuais e promover intervenções para melhorar a saúde física e a imagem corporal. É necessária, ainda, mais pesquisa para entender melhor as relações causais entre esses fatores e aperfeiçoar o apoio a estas mulheres e aos pacientes oncológicos em geral.</p>
A4 (9)	<p>Discutir a importância de abordar a sexualidade em pacientes com doenças avançadas, analisando os obstáculos na</p>	<p>Revisão narrativa de literatura.</p>	<p>Não descreve um estudo com participantes.</p>	<p>Prevalência de DS: os pacientes em cuidados paliativos apresentam complicações sexuais mais graves (diminuição da libido, disfunção erétil) do que pacientes oncológicos que não se encontram nessa situação; os estudos revelaram pontuações muito baixas em bem-estar sexual e</p>	<p>Conclui-se que a sexualidade é fundamental para a QV, mesmo no contexto terminal, mas frequentemente negligenciada devido a barreiras pessoais, profissionais e sistémicas.</p>

	<p>comunicação e propondo princípios e estratégias para integrar a história sexual na avaliação paliativa de forma sensível e holística.</p>			<p>frequência/intimidade nestes pacientes.</p> <p>Impacto psicológico e relacional: a sexualidade mantém-se importante, mesmo em fases terminais, sendo ligada à conexão emocional, embora os parceiros enfrentem medos relacionados com a dor ou agravamento da condição do paciente.</p> <p>Barreiras à comunicação: as discussões sobre sexualidade são dificultadas por preconceitos, vergonha, falta de treino dos profissionais e priorização de aspetos clínicos, nomeadamente, em pacientes mais velhos, apesar de muitos permanecerem sexualmente ativos.</p> <p>Importância do modelo biopsicossocial: a saúde sexual é influenciada por fatores físicos, psicológicos e relacionais, sendo dificultada, ainda mais, pela falta de privacidade e camas hospitalares individuais em ambientes paliativos.</p> <p>Estratégias e práticas clínicas: as conversas sobre sexualidade devem começar cedo, com linguagem aberta e ferramentas como a Brief Sexual Symptom Checklist e modelos como o</p>	<p>As recomendações incluem iniciar a discussão sobre sexualidade cedo, usar ferramentas como o PLISSIT e a Brief Sexual Symptom Checklist, capacitar os profissionais em comunicação sensível, melhorar a privacidade e adotar uma abordagem multidisciplinar para atender aspetos físicos e emocionais da sexualidade.</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>PLISSIT, para identificar disfunções e promover diálogos dentro do limite de conforto dos profissionais.</p> <p>Cuidados paliativos e gestão de sintomas: nos cuidados paliativos, a gestão de sintomas como a dor e a fadiga é essencial para melhorar a sexualidade, com apoio de estratégias físicas e equipas interdisciplinares, incluindo urologistas, ginecologistas, entre outros.</p>	
A5 (27)	<p>Argumentar que a saúde sexual é uma necessidade frequentemente negligenciada em pessoas com cancro avançado em cuidados paliativos e defender que a intimidade sexual e a conexão emocional associada podem ajudar a atenuar a solidão.</p>	<p>Correspondência clínica, isto é, artigo curto, onde o autor usa a sua experiência clínica e o conhecimento da literatura existente para argumentar a favor da inclusão da saúde sexual como um aspeto crucial dos cuidados paliativos em doentes oncológicos. Limitada pela falta de uma definição clara e de ferramentas de avaliação da solidão existencial, o estudo não abordou adequadamente a experiência de indivíduos</p>	<p>Não descreve um estudo com participantes.</p>	<p>Nem todos os pacientes com cancro avançado em cuidados paliativos priorizam a sexualidade, no entanto para os que consideram importante abordá-la, pode fortalecer os laços emocionais e aliviar a angústia existencial.</p> <p>Os pacientes querem que os clínicos abordem a saúde sexual, mas estes evitam, frequentemente, o tema devido à falta de preparação, desconforto, foco no tratamento da doença e suposição de que pacientes mais velhos não têm vida sexual ativa.</p> <p>A progressão da doença pode limitar a atividade sexual, mas os pacientes tencionam manter a intimidade</p>	<p>O artigo ressalta que a sexualidade é preponderante nos cuidados paliativos, não sendo menos importante devido à doença avançada, oferecendo apoio à QV e alívio da angústia existencial, à medida que a morte se aproxima.</p> <p>É fundamental desenvolver ferramentas para avaliar a solidão em pacientes com cancro avançado e treinar profissionais de cuidados paliativos para abordar questões de saúde sexual com empatia.</p>

		solteiros nem considerou outros fatores interpessoais que podem intensificar a solidão, como o tratamento insensível por parte dos clínicos.		emocional através de gestos como abraços e beijos.	Para reduzir o impacto da doença, também são cruciais consultas que envolvam tanto o paciente como o parceiro, fornecendo informações sobre os efeitos colaterais sexuais e adaptando os cuidados. A comunicação aberta sobre intimidade sexual e a inclusão de profissionais especializados em saúde sexual nas equipas multidisciplinares podem melhorar a ligação emocional, reduzir a solidão existencial e otimizar os cuidados.
A6 (20)	Examinar as descrições de pacientes sobre os recursos necessários para promover a sua qualidade de vida sexual (SQoL) em cuidados paliativos, bem como abordar o desenvolvimento de recursos voltados para pacientes	Estudo qualitativo, que utilizou entrevistas semiestruturadas de uma hora com pacientes com MBC, com foco na saúde sexual, impacto do diagnóstico/tratamento e recursos úteis. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas para desenvolver melhores práticas voltadas para a	Participaram 32 mulheres com MBC, entre os 35 e 77 anos, com idade média de 56,8 anos (DP = 9,6), recrutadas no Programa de Oncologia Mamária da Universidade de Michigan. Dois terços estavam em relacionamentos heterossexuais, sendo a maioria casada ou com parceiros de longo prazo (n = 21), com duração média de 26,5 anos (DP = 16,1).	Necessidade de informações e preparação: as participantes destacaram a ausência de informações claras sobre os efeitos físicos e psicológicos do tratamento, como alterações na imagem corporal, sexualidade e uso de próteses mamárias, dificultando a adaptação às mudanças causadas pela doença e o tratamento. Foram identificados 4 grandes temas: -Perda e luto corporificados: sentimentos de perda física e feminilidade, incluindo desafios com o	O estudo realça a necessidade de criar grupos de apoio específicos para mulheres com MBC, educar os parceiros sobre as mudanças sexuais e emocionais e incluir avaliações regulares da SQoL nas consultas médicas. Também sugere fornecer materiais educativos sobre questões como próteses e lubrificação, expandir a definição de SQoL para incluir práticas sexuais não penetrativas e incentivar

	diagnosticadas com MBC.	<p>SQoL em cuidados paliativos.</p> <p>A SQoL foi definida de forma ampla, incluindo aspetos físicos, emocionais, relacionais e de imagem corporal, indo além da função sexual padronizada.</p> <p>Estudo limitado pelo tamanho diminuto da amostra, o que impede a generalização dos resultados. Acresce referir que foi realizado num hospital universitário nos EUA, o que restringe a sua aplicabilidade a diferentes ambientes clínicos, como áreas rurais, suburbanas e a contextos sociais e geográficos diversos.</p>	<p>O tempo médio desde o diagnóstico metastático foi de 2,9 anos e predominaram metástases ósseas (69%) e hepáticas (41%). Dois terços das participantes (n = 20) realizaram mastectomia e quase todas (n = 29) passaram por quimioterapia.</p> <p>Os critérios de inclusão foram: idade \geq 21 anos, fluência em inglês, ausência de doença psiquiátrica grave e expectativa de vida mínima de três semanas.</p>	<p>corpo pós-mastectomia e mudanças na imagem corporal. A dinâmica com os parceiros foi influenciada pelas mudanças corporais, evidenciando a interdependência entre as experiências pessoais das mulheres e as expectativas culturais de feminilidade.</p> <p>-Silêncios: dificuldade em falar sobre sexualidade, quer com médicos quer com parceiros, destacando lacunas na comunicação e no suporte médico.</p> <p>-Desejo pela experiência de outros: necessidade de especialistas em saúde sexual e conexões com mulheres na mesma situação para troca de experiências e apoio. As participantes sugeriram a criação de espaços seguros, como um "sistema de amigos", especialistas em sexualidade feminina e grupos de apoio focados em questões sexuais.</p> <p>-Preocupação com a normalidade e humanidade: ansiedade em parecer ou se sentir "normal" frente às mudanças causadas pelo cancro e tratamento, em comparação com outras pacientes e com pessoas sem a doença.</p>	<p>pesquisas que permitam às participantes definir o que é "normal" na sua saúde sexual.</p>
--	-------------------------	---	---	--	--

A7 (15)	Examinar as preocupações de saúde sexual de mulheres com MBC para orientar a prática clínica e o design de intervenções.	Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas de uma hora, e uma tarefa prévia de classificação de 63 cartões sobre saúde sexual. As entrevistas abordaram definições de saúde sexual, impacto do cancro, informações recebidas e desejadas, e conselhos para outras mulheres. As respostas foram gravadas, transcritas e analisadas em quatro categorias: informações recebidas ("Info I Got"), desejadas ("Wished I Knew"), conselhos ("Advice") e interações com profissionais de saúde ("Docs & NPs"). É parte de uma pesquisa maior sobre QV em mulheres com MBC. Estudo limitado devido ao tamanho reduzido da amostra, predominância	Participaram 32 mulheres com MBC, entre os 35 e 77 anos, com idade média de 56,8 anos (DP = 9,6), recrutadas no Programa de Oncologia Mamária da Universidade de Michigan. Dois terços estavam em relacionamentos heterossexuais, sendo a maioria casada ou com parceiros de longo prazo (n = 21), com duração média de 26,5 anos (DP = 16,1). O tempo médio desde o diagnóstico metastático foi de 2,9 anos e predominaram metástases ósseas (69%) e hepáticas (41%). Dois terços das participantes (n = 20) realizaram mastectomia e quase todas (n = 29) passaram por quimioterapia. Os critérios de inclusão foram: idade \geq 21 anos, fluência em inglês, ausência de doença psiquiátrica grave e expectativa de vida mínima de três semanas.	Atividade sexual e toque íntimo: a intimidade e a sexualidade são importantes para as mulheres com MBC, embora frequentemente condicionadas por limitações físicas, dor e mudanças corporais, gerando stress adicional, em particular, para as que enfrentam mudanças corporais devido a cirurgia, quimioterapia e efeitos colaterais, como a secura vaginal e dispareunia, bem como desafios na relação com os parceiros e preocupações sobre aceitação física e emocional, com ênfase nas mulheres solteiras. Necessidades de informação não atendidas: existe dificuldade em obter informações sobre lubrificantes e estratégias para aliviar a dor vaginal, com confusão sobre quais produtos usar e falta de suporte adequado dos profissionais de saúde. Além disso, há um interesse em atividades sexuais não penetrativas, mas uma falta de orientação sobre posições e práticas seguras, enquanto a ênfase médica se concentra excessivamente na penetração vaginal, negligenciando outras formas de prazer sexual.	O estudo salienta a necessidade de um apoio abrangente, contínuo e sensível à saúde sexual de mulheres com MBC, nomeadamente, de conversas regulares com médicos, treino de profissionais de saúde para abordar o tema com empatia e com informações claras sobre lubrificantes, posições seguras e alternativas não penetrativas. Destacou a importância de validar diferentes formas de expressão sexual, considerando as limitações físicas e as necessidades individuais, independentemente da idade, estado civil ou orientação sexual. Recomendou, ainda, a criação de centros especializados acessíveis e a integração da saúde sexual como parte essencial do cuidado integral ao longo de todo o tratamento oncológico.
---------	--	---	---	---	--

		de mulheres em terapia endócrina, exclusão de participantes extremamente doentes ou incapazes de comparecer às consultas, falta de diversidade racial e socioeconómica e possível lacuna ao nível da seleção devido ao recrutamento e questionários prévios sobre saúde sexual.		<p>Interação com profissionais de saúde: foi relatado desconforto e insensibilidade ao discutir questões sexuais, com apoio médico limitado, com foco, apenas, em problemas imediatos como a secura vaginal, e ignorando outras necessidades emocionais e práticas, enquanto centros especializados eram pouco conhecidos ou inadequados.</p> <p>Impacto psicológico e adaptativo: estas mulheres enfrentaram desafios emocionais e físicos, com algumas a adaptar-se positivamente ao toque e à intimidade, enquanto outras sentiram perda, enfrentando barreiras de estigma, dificuldades na satisfação sexual e na comunicação com médicos, que se focavam apenas no “gold-standard” do sexo: com penetração.</p>	
A8 (14)	Avaliar a relação entre a saúde sexual e a proximidade conjugal em casais que lidam com cancro avançado, identificando necessidades não	Estudo longitudinal, prospetivo sobre a qualidade do cuidado e da vida em pacientes com cancro avançado e respetivos parceiros. Questionários autoadministrados, em papel ou online, foram	Participaram 566 doentes com cancro avançado e respetivos parceiros, incluindo 14 do mesmo sexo, recrutados em 40 hospitais na Holanda (2017-2020). Os pacientes tinham tumores sólidos metastáticos, sendo os tipos mais comuns:	<p>Proximidade na relação: a maioria dos pacientes (92%) e dos parceiros (88%) sentia-se próxima uma da outra. No entanto, mais de 50% dos casais não era sexualmente ativa, embora metade dos participantes ainda demonstrasse interesse sexual. Além disso, cerca de 25% e 29% dos</p>	O estudo destaca a importância dos profissionais de saúde abordarem a saúde sexual de pacientes com cancro avançado e respetivos parceiros, com foco na atividade sexual, bem como em alternativas para manter a proximidade.

	<p>atendidas que influenciam a saúde sexual e a qualidade do relacionamento. A hipótese foi de que a atividade e satisfação sexuais estariam positivamente associadas à proximidade emocional para pacientes e parceiros, com diferenças de saúde sexual entre homens e mulheres, independentemente do seu papel no casal, analisadas com base no género.</p>	<p>aplicados a cada 3 meses até ao falecimento do paciente. Avaliou-se a proximidade conjugal, saúde sexual, problemas e necessidades em cuidados paliativos. Estudo limitado pela falta de dados anteriores ao diagnóstico, impedindo a avaliação do impacto do cancro, por lacunas ao nível da seleção, com possível subestimação dos problemas, e pelo uso de itens únicos, que oferecem menor confiabilidade.</p>	<p>pulmão, colorretal, mama e próstata. Critérios adicionais restringiram a inclusão de pacientes com cancro da mama ou próstata a casos com metástases múltiplas ou resistência à castração, respetivamente, excluindo aqueles com prognósticos relativamente favoráveis. A maioria tinha escolaridade média, 65 anos de idade em média, e estava em relacionamentos de longo prazo (93%). Cerca de 58% dos pacientes relataram comorbilidades. Os parceiros deveriam ter ≥18 anos e preencher questionários em holandês.</p>	<p>pacientes e parceiros relatou insatisfação com a sua vida sexual.</p> <p>Diferenças entre géneros: os homens, tanto pacientes (54%) como parceiros (73%), demonstraram maior interesse sexual e menos preocupações com a aparência (56% das mulheres sentiram-se menos atraentes devido à doença, contra 34% dos homens). Contudo, um número significativo de ambos os sexos relatou falta de intimidade física, com os parceiros masculinos indicando uma maior frequência da falta de conexão.</p> <p>Impacto da atividade sexual na proximidade: a satisfação sexual foi positivamente associada à proximidade emocional, enquanto a atividade sexual teve um impacto negativo, sobretudo para as mulheres. A flexibilidade nas formas de intimidade, como o sexo oral e a masturbação, ajudou a manter a conexão emocional.</p> <p>Necessidades não atendidas e apoio especializado: cerca de 33% dos pacientes e parceiros relatou problemas de saúde sexual ou no relacionamento, mas apenas 8% procurou apoio profissional.</p>	<p>Muitos casais, nomeadamente, homens, não procuram apoio especializado, e ao normalizar essas questões pode reduzir-se barreiras.</p> <p>A proximidade emocional está ligada à satisfação sexual, enquanto a atividade sexual pode afetá-la negativamente.</p>
--	---	---	--	--	--

				<p>Obstáculos à discussão da saúde sexual: a comunicação sobre saúde sexual foi dificultada pelo constrangimento e falta de preparação dos profissionais de saúde. Acresce referir que os pacientes e parceiros estavam desinformados sobre onde procurar apoio ou acreditavam que os seus problemas não tinham solução.</p>	
A9 (18)	<p>Avaliar as diferenças nos resultados de saúde sexual entre pacientes em tratamento oncológico paliativo com bom estado de desempenho físico (GPS - ECOG 0-1) e o estado de desempenho físico fraco (PPS - ECOG 2-3), partindo da hipótese de que as diferenças seriam significativas.</p>	<p>Análise secundária de dados do estudo de validação do EORTC QLQ-SH22, focada em pacientes oncológicos paliativos com diferentes estados de desempenho (GPS e PPS). Limitada pelo diminuto tamanho da amostra, ausência de ajustes para covariáveis (ex.: presença de parceiro, idade, atividade sexual) e inclusão de pacientes sem parceiro sexual ou sexualmente inativos.</p>	<p>Participaram 101 pacientes oncológicos paliativos, de 18 instituições, de 13 países, com idades entre os 20 e 80 anos (43,6% mulheres, 56,4% homens). Divididos pelos estados da escala do Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG): GPS (66) e PPS (32), eram elegíveis por diagnóstico de cancro, independentemente do local de tumor, idade ≥ 18 anos e ausência de comprometimento cognitivo. A maioria vivia com parceiros/família (68%) e tinha parceiro sexual (76,8%).</p>	<p>Diferenças entre os grupos GPS e PPS: os pacientes GPS reportaram maior satisfação sexual ($p = 0,015$), maior impacto do tratamento na atividade sexual ($p = 0,005$) e maior redução da libido ($p = 0,008$). Já os pacientes PPS relataram mais fadiga ($p = 0,027$) e atribuíram maior importância à atividade sexual ($p = 0,049$).</p> <p>Comunicação sobre saúde sexual: ambos indicaram baixa comunicação com profissionais de saúde, sendo esta ainda menor no grupo GPS, e a respetiva abordagem foca-se apenas em aspetos físicos (ex.: função erétil, secura vaginal, relações sexuais dolorosas e alterações da menopausa), ignorando preocupações emocionais e psicológicas.</p>	<p>O estudo destaca a importância da saúde sexual em cuidados paliativos, reforçando que, independentemente do estado de desempenho (GPS ou PPS), as necessidades sexuais dos pacientes, muitas vezes, não são abordadas adequadamente. Recomenda-se melhorar a comunicação sobre questões sexuais entre pacientes e profissionais de saúde, utilizar ferramentas como o EORTC QLQ-SH22 para identificar necessidades individuais e iniciar cuidados paliativos precocemente, inclusive para pacientes com GPS.</p>

				<p>Importância da saúde sexual em cuidados paliativos: a atividade sexual correlaciona-se com o desempenho físico (status ECOG), sendo que pacientes com GPS, mais ativos, percebem mais mudanças causadas pelo tratamento, enquanto pacientes com PPS, embora com as limitações físicas, atribuem maior valor emocional e simbólico à sexualidade.</p> <p>Validação do EORTC QLQ-SH22: a ferramenta foi eficaz a identificar aspetos da saúde sexual, como o desejo, orgasmo, intimidade e prazer, e mostrou que pacientes em tratamento curativo apresentaram maior satisfação sexual em comparação com os pacientes em cuidados paliativos. Facilita, ainda, conversas importantes entre profissionais de saúde e pacientes.</p>	
A10 (23)	Compreender as experiências de sexualidade e intimidade de pessoas que vivem com uma doença terminal.	Estudo fenomenológico hermenêutico (interpretativo), com entrevistas individuais realizadas em locais escolhidos pelos participantes, geralmente, em casa.	Participaram 27 pacientes com doenças limitantes (com cancro ou doença do neurónio motor) e 14 parceiros, recrutados em cuidados paliativos. Os participantes, na sua maioria eram britânicos	A sexualidade e a intimidade em doenças terminais vão além da atividade sexual, envolvendo conexão emocional e toque não sexual. Os pacientes e parceiros vivenciam conexão, desconexão e, ocasionalmente, reconexão na sua relação.	A sexualidade e a intimidade, ainda que frequentemente negligenciadas, permanecem relevantes em cuidados paliativos. Apesar da desconexão conjugal ser comum, há potencial para a reconexão

		<p>As entrevistas, com duração média de 66 minutos, foram gravadas e transcritas, e foi conduzida uma segunda entrevista para aprofundar os temas iniciais.</p>	<p>brancos, tinham entre 32 e 83 anos e precisavam de ser adultos, conscientes da sua condição e capazes de consentir.</p> <p>A maioria estava em relacionamentos, com 2 participantes enlutados e 2 identificados como lésbica ou bissexual, sendo os demais heterossexuais.</p> <p>Dos participantes, 34 consentiram a realização de uma segunda entrevista, entre 2 a 6 semanas após a primeira, sendo que 4 pacientes e 2 parceiros desistiram por motivos de doença.</p>	<p>-Desconexão - foi associada a tratamentos médicos, desfiguração, equipamentos, alterações no toque físico, perda de espontaneidade e mudanças nos sentimentos.</p> <p>-Reconexão - alguns casais experimentaram-na, embora nem sempre sustentável, evidenciando que, mesmo em situações terminais, há potencial para renovação dos vínculos afetivos.</p> <p>A desconexão emocional é agravada pela falta de apoio e oportunidades para conversa entre casais e profissionais de saúde, com barreiras que incluem suposições de que os pacientes são "muito velhos" ou "muito doentes".</p> <p>Os participantes indicaram que a sexualidade é uma experiência relacional, e que é geralmente ignorada em cuidados paliativos.</p>	<p>com o apoio emocional e comunicacional adequados, exigindo que os profissionais integrem esses aspetos no cuidado holístico, desafiando preconceitos sobre a idade e doença.</p> <p>Recomenda-se tornar as pesquisas mais amplas para incluir grupos sub-representados, como LGBTQIA+ e pessoas de diferentes origens étnicas, para além de realizar estudos longitudinais para explorar mudanças nas conexões emocionais, especialmente, nas últimas semanas de vida.</p> <p>Na prática clínica, é importante incentivar conversas abertas sobre sexualidade e intimidade com abordagens como o modelo PLISSIT, criando oportunidades consistentes, sem forçar discussões.</p>
--	--	---	---	--	--

4. Discussão

Esta revisão sistemática tem como objetivo explorar a negligência em relação à sexualidade no âmbito dos cuidados paliativos oncológicos, através da análise crítica de diversos artigos científicos sobre o tema, averiguando a validade da sua inclusão como uma componente essencial na promoção da QV dos pacientes.

Ao ser apresentado, nesta revisão, um suporte sólido de evidências, é expectável que a mesma possa levar a mudanças na prática clínica, promovendo uma visão mais ampla, holística e humanizada dos doentes oncológicos em tratamento paliativo.

A pesquisa inicial resultou em 479 estudos. Foram selecionados 24 estudos para leitura integral, dos quais apenas 10 foram incluídos na revisão sistemática.

Após uma análise pormenorizada dos artigos, emergiram três tópicos principais: a importância e influência da sexualidade na vida de doentes oncológicos em cuidados paliativos, o impacto do cancro e do seu tratamento na sexualidade destes doentes e respetivos parceiros e, por fim, dificuldades na comunicação com profissionais de saúde, estigmas presentes e falta de humanização.

O motivo fundamental de exclusão de artigos nesta revisão foi a carência de referência a cuidados paliativos, apesar dos estudos abordarem doentes oncológicos. Isto reflete que, ainda que haja algumas investigações que se centrem sobre a sexualidade na conjuntura do cancro, existe ainda uma lacuna no estudo, na análise deste tema em doentes em cuidados paliativos.

A análise dos resultados demonstrou que a sexualidade permanece pertinente para doentes oncológicos em cuidados paliativos, promovendo uma melhor QV. Todavia, e de acordo com os artigos, a sexualidade não é discutida devido à deficiente formação dos profissionais de saúde nessa área, ao preconceito envolvido na temática e a barreiras socioculturais.

É crucial salientar que a sexualidade transcende a mera atividade genital, sexual, abrangendo uma variedade de manifestações, como a intimidade, o toque, a ligação emocional e a auto manifestação (20,23). Integrar a sexualidade nos cuidados paliativos torna-se fundamental, devido ao seu efeito na promoção da QV e no bem-estar dos doentes, particularmente, numa conjuntura em que encaram a proximidade da morte e a inevitabilidade de dar um novo sentido às suas experiências (9,14,15,23,27).

O impacto deste estigma também é observado na autoestima e bem-estar dos pacientes. Chrastina et al. (7) destacam que negligenciar a sexualidade e intimidade contribui para o sofrimento, isolamento e perda de dignidade dos pacientes.

Outros elementos referidos nos estudos analisados foram o facto de mulheres que passaram por mastectomias ou que enfrentaram mudanças corporais significativas devido

ao tratamento, vivenciarem preocupações com a imagem corporal e uma notória sensação de perda de feminilidade (20,25). Existem estudos que corroboram que a imagem corporal, indubitavelmente, influencia o funcionamento sexual, isto é, que a insatisfação com a imagem contribui negativamente para a sexualidade de cada pessoa, e vice-versa, inclusive, pode exponenciar a dor e sofrimento sexuais; esse desagrado afeta mais as mulheres do que os homens (29–32). E assim como a beleza é, erradamente, associada a um estado de pleno bem-estar físico, mental e social, bem como à ausência de doença, a desfiguração é vinculada à deterioração estrutural, sexualidade prejudicada, depressão, ansiedade e enfermidade (31,33).

Cabe, ainda, destacar que quanto mais visíveis forem as alterações causadas pelo cancro ou respetivo tratamento, ou quanto mais áreas simbolicamente associadas à feminilidade ou masculinidade forem afetadas, maior é o sofrimento sexual dos pacientes. No caso das mulheres, a feminilidade não se restringe apenas à genitália, como ocorre nos homens, mas também envolve as mamas, que são um forte símbolo de identidade feminina. Qualquer alteração nessas estruturas pode intensificar a sensação de perda dessa mesma identidade (31).

Acresce referir que a dinâmica sexual e a proximidade emocional podem ser igualmente afetadas pelas expectativas culturais de feminilidade, que são postas em causa com as mudanças corporais (20). É um aspeto menos evidente num contacto mais superficial, mas bastante explorado pela teoria da objetificação num estudo mais antigo (34). Segundo esta teoria, nas culturas ocidentais, que, coincidentemente, são as populações-alvo dos estudos desta revisão sistemática, o corpo feminino tem de obedecer a determinados padrões de beleza. Consequentemente, as próprias mulheres interiorizam essa perspetiva externa, sendo muito mais críticas a julgar os seus próprios corpos. Isto conduz à vergonha corporal, a maiores níveis de ansiedade e menor excitação sexual que, por sua vez, dificultam o envolvimento em atividades de cariz sexual, intensificando-se esta dificuldade ao longo do tempo (30). Segundo Moradi et al. (35), esta situação também se pode manifestar nos homens.

Os estudos apontaram, ainda, que a valorização da imagem corporal é um fator preponderante, nomeadamente para as mulheres, pois o corpo voltar a ter significado positivo, contribui para a melhor aceitação das alterações físicas decorrentes da doença e do tratamento (24). Evidências de outros estudos indicam que a construção da imagem corporal depende de aspetos que transcendem a simples aparência, tais como, a gratidão e a funcionalidade do corpo. Indivíduos podem ter perceções distintas em simultâneo, podendo estar descontentes com partes corporais específicas, mas, ainda assim, manter uma visão geral bastante positiva e de respeito para com o próprio corpo (30,36).

No estudo A2 (24), a taxa de mulheres sexualmente ativas foi semelhante à de outros estudos, mas menor relativamente aos que incluíram exclusivamente mulheres jovens ou em estágios iniciais da doença. Para além disto, o estudo concluiu que a função sexual destas mulheres se manteve, surpreendentemente, estável, enquanto noutros estudos, constatavam-se relatos de piora progressiva. Uma boa explicação para isto será o facto deste estudo ter como população-alvo, única e exclusivamente, mulheres com um parceiro, tendo, ainda, sido possível que mulheres com dificuldades sexuais se tenham recusado a participar no estudo devido à sensibilidade do tema, pelo que as conclusões não são generalizáveis a todas as populações, sobretudo às que se encontram em cuidados paliativos.

Existe dificuldade na discussão da sexualidade, pois é algo que não depende, única e exclusivamente, da própria pessoa, da sua condição, conhecimento e personalidade, mas também por tudo o que a envolve, desde familiares, profissionais, infraestruturas, a própria lei e cultura vigentes, como mencionado na Teoria dos Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner (6). A imagem que se segue ilustra bem os vários estratos capazes de influenciar o indivíduo, desde o seu ambiente imediato (microsistema) a ações mais amplas (macro e cronossistemas).

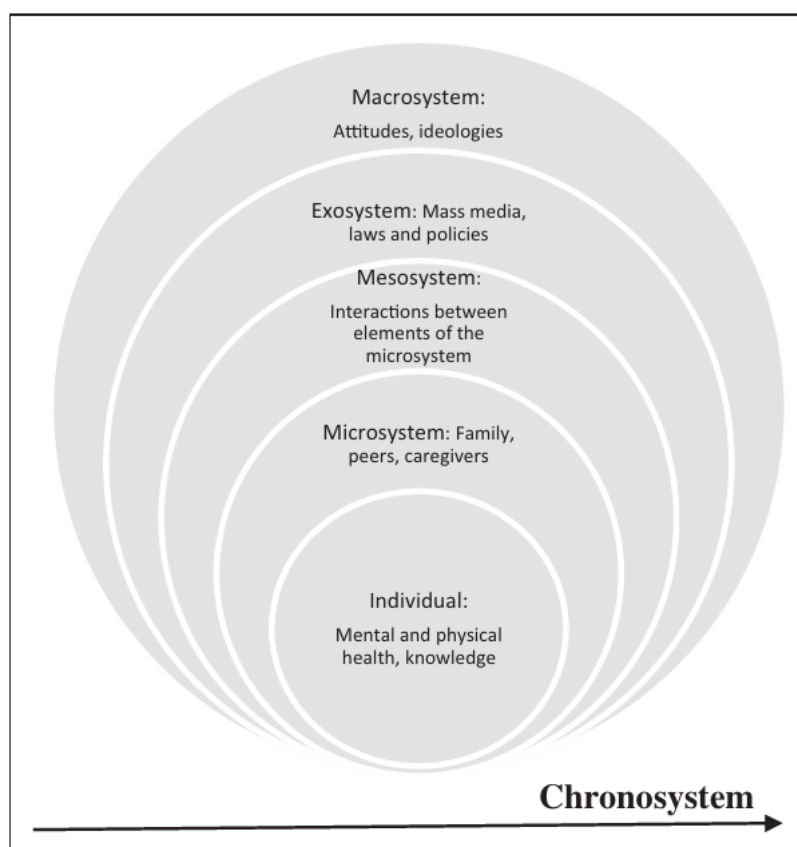


Figura 2 - Teoria dos Sistemas Ecológicos aplicada à sexualidade no fim da vida.

Revisões sistemáticas anteriores (37–39) encontraram evidências de que a discussão sobre sexualidade entre os doentes e profissionais de saúde, não só de cuidados paliativos, mas também de outras áreas, permanece aquém do ideal, uma vez que é dificultada por várias questões, como preconceitos, inseguranças e obstáculos no próprio sistema de saúde que dificultam a educação dos profissionais de saúde sobre este aspeto, o que vai ao encontro dos resultados obtidos nesta revisão.

Noutros estudos (6,10,12), há alusão ao estigma e à desumanização, enquanto barreiras sistémicas e sociais, que afetam profundamente o tratamento dos pacientes em cuidados paliativos e a resposta às suas necessidades, sobretudo as sexuais.

A ideia de que os idosos, a faixa etária mais frequentemente associada aos cuidados paliativos, são assexuados e a relutância em abordar a sexualidade em cuidados paliativos contribuem para um "tabu triplo", como descrito por Malta e Wallach (12). Este "tabu triplo" desumaniza os doentes, negando-lhes o direito a uma sexualidade plena e saudável. Além disso, a falta de conhecimento e sensibilização do público em geral sobre os cuidados paliativos perpetua estereótipos e preconceitos, como a ideia de que estas intervenções são apenas para os últimos dias de vida e que a sexualidade é irrelevante neste contexto.

4.1. Limitações

Para além da escassez de estudos que abordam a sexualidade no contexto dos cuidados paliativos, verifica-se também uma concentração excessiva em conjunturas ocidentais. Isto compromete a multiplicidade cultural das análises, apresentando a necessidade de alargar as pesquisas para países de baixo e médio rendimento, nos quais os desafios e perceções sobre sexualidade em cuidados paliativos serão diferentes, com certeza.

Adicionalmente, muitos dos estudos compreendidos nesta revisão sistemática expõem lacunas marcantes, como amostras pouco representativas, constituídas fundamentalmente por indivíduos em relacionamentos heterossexuais de longo prazo, de raça branca e com escolaridade de nível médio. A inclusão de 14 parceiros do mesmo sexo (14) e 2 participantes lésbicas ou bissexuais (23) evidenciou esforços para representar a diversidade, inclusive, o estudo A7 (15) ressalta a importância de considerar a orientação sexual.

Alguns estudos incluíram apenas pacientes com funcionalidade preservada (PPS $\geq 70\%$) (24,25) e expectativa de vida mínima (≥ 3 semanas) (15,20), o que, apesar de necessário para possibilitar a participação, exclui pacientes mais debilitados e, provavelmente, subestimando a complexidade das suas necessidades. A ausência de

diversidade também se verificou no estudo A1 (22) , uma vez que este analisou 49 profissionais de saúde, sobretudo, mulheres jovens, destacando o seu papel crucial, mas com limitações devido à falta de variedade geográfica, bem como diversidade ao nível da idade e género. Esta ausência de multiplicidade põe em risco a generalização dos resultados e a interpretação das necessidades de grupos excluídos destes estudos, e sendo, assim, menos aplicáveis a distintos contextos e populações.

Outro aspeto importante a ressaltar é que a elevada mortalidade e progressão da doença em populações paliativas limitam o seguimento, como em A2 (24), onde, das 60 mulheres, 11,7% faleceram e 46,7% apresentaram progressão da doença após um ano. Para além disso, no estudo A10 (23), 4 pacientes e 2 parceiros desistiram devido ao agravamento da doença, evidenciando a debilidade das amostras e os desafios dos estudos longitudinais. Estudos levados a cabo nesta população encaram desafios como a fragilidade dos participantes, com limitações físicas e emocionais que impedem a adesão, critérios limitativos que excluem pacientes mais debilitados e desistências ou mortalidade, que comprometem a continuidade e a plenitude dos dados.

A maioria dos estudos seguiu abordagens qualitativas e transversais, como entrevistas únicas (15,20), questionários anónimos (22), análises secundárias de dados (18) e revisões narrativas (9,27), que analisaram temas específicos em momentos delimitados, fornecendo dados pertinentes, mas escassos para compreender alterações ao longo do tempo. De igual modo, estudos transversais quantitativos (25) possibilitaram uma análise mais rigorosa, embora parca pela incapacidade de estabelecer causalidade ou avaliar progressos. A utilização de questionários, embora útil na recolha de dados quantitativos, muitas vezes não permite alcançar a complexidade e a subjetividade das vivências individuais dos pacientes (14,15,20,24).

Acresce ainda referir que os estudos longitudinais (14,23,24) acompanharam participantes ao longo de períodos mais abrangentes, alcançando mudanças na saúde, necessidades e dinâmicas do casal. O estudo A8 (14), por exemplo, empregou questionários trimestrais até ao falecimento dos intervenientes, enquanto o estudo A2 (24) efetuou avaliações ao longo de um ano, com uma taxa de resposta de 71,67% na segunda fase. Estes estudos colaboraram para uma análise mais profunda, todavia enfrentaram desafios como elevadas taxas de mortalidade, lacunas na seleção e dificuldades intrínsecas ao estudo de populações vulneráveis, incluindo pacientes gravemente doentes e em cuidados paliativos. Esses fatores destacam as limitações e a complexidade dos estudos que envolvem estas populações específicas.

Outro ponto que ressalta é a insuficiência de estudos de intervenção, na medida em que grande parte das análises são descritivas, o que limita a aplicação prática dos resultados no contexto clínico. Outras revisões anteriores (6,13) comprovam esta ideia.

No geral, as amostras foram relativamente pequenas, à exceção do estudo A8 (14), que apresentou um número robusto de participantes. Isto reflete as dificuldades de incorporar participantes em populações com prognósticos desfavoráveis, comprometimento físico ou cognitivo, e situações de vulnerabilidade, salientando a necessidade de investigações com maior representatividade.

4.2. Direções futuras

A sexualidade em doentes oncológicos nos cuidados paliativos requer estratégias eficazes. Os estudos salientam ações simples que podem fazer a diferença. Entre essas intervenções, a informação e orientação sobre lubrificação vaginal, posições sexuais confortáveis e atividades sexuais não penetrativas apresentaram-se úteis para algumas mulheres com MBC que pretendiam retomar a atividade sexual (24,25).

Para promover a comunicação aberta entre paciente e profissional, ferramentas de rastreio, como o questionário EORTC QLQ-SH22, auxiliam a identificar dificuldades e a fomentar um diálogo mais estruturado (14,18,25). Modelos como o PLISSIT, o Five As Framework e o algoritmo ALLOW são recomendados para orientar profissionais na abordagem da sexualidade de forma sensível e eficaz (9,22,23). Acresce referir que instrumentos como o FSFI e o International Index of Erectile Function podem ser úteis na triagem e avaliação da DS (22,24,25).

Dado que a falta de informação é uma necessidade frequente, outros estudos destacam a importância da criação de materiais informativos para pacientes e parceiros sobre os impactos da doença e dos tratamentos na sexualidade, alternativas sexuais e recursos de apoio (20,22). Simultaneamente, a habilitação dos profissionais de saúde e consultas que envolvam quer o paciente, quer o parceiro são cruciais para ultrapassar o desconforto, melhorar o conhecimento sobre o tema e minimizar o impacto da doença na sexualidade (9,14,15,22,27).

É também pertinente estabelecer estruturas de auxílio que promovam a comunicação, o acesso a informação e cuidados especializados, envolvendo especialistas de equipas multidisciplinares e a promoção de um ambiente sensível e afável (14,27). Para além disso, destaca-se a necessidade de grupos de apoio, educação dos parceiros e avaliações regulares da QV sexual (20).

Acresce ainda referir que a sexualidade deve ser abordada logo no início do acompanhamento e que a privacidade dos pacientes deve ser melhorada, garantindo um ambiente adequado para diálogos sensíveis e um acompanhamento mais eficiente (9).

Embora a literatura sugira que as mulheres com cancro e sexualmente ativas, geralmente, têm um parceiro, algumas sem parceiro também podem manter atividade

sexual. Isto reforça a importância de não presumir que a enfermidade, ausência de um(a) parceiro(a) ou estado civil determine a atividade sexual de uma pessoa. Futuramente, dever-se-á incluir mulheres sexualmente ativas e inativas, com ou sem parceiros, para que as conclusões do estudo abranjam um maior leque de doentes, evitando, deste modo, lacunas.

Para melhorar a compreensão e a aplicação prática da saúde sexual em cuidados paliativos, há várias oportunidades para investigações futuras. Em primeiro lugar, estudos mais abrangentes, mais amplos são fundamentais para compreender como as necessidades e vivências sexuais dos doentes evoluem ao longo do tempo. As amostras devem ser mais diversificadas e delas devem constar fatores como a orientação sexual, etnia, nível socioeconómico e tipo de cancro dos pacientes, para que os resultados sejam mais inclusivos e aplicáveis a diferentes grupos. Devem ainda, contemplar o aumento do envolvimento das perspetivas dos parceiros e familiares, visto que a sexualidade, a intimidade e os cuidados paliativos são aspetos que incluem não só os pacientes, bem como as pessoas mais próximas. Urge fomentar o desenvolvimento e avaliar ações específicas para auxiliar a saúde sexual neste âmbito, uma vez que a falta de estudos de atuação dificulta a melhoria das práticas clínicas. De referir ainda que, o recurso a métodos qualitativos permitirá uma compreensão mais abrangente, aprofundada e contextualizada das vivências individuais, fomentando a conceção de estratégias de cuidado mais personalizadas e eficazes.

Há pontos, em alguns estudos, que são de suma importância. Estudos como os de Hjalmarsson e Lindroth (16) e Wang et al. (13), põem em destaque a inevitabilidade de inserir a saúde sexual nos currículos, criar normas, fomentar a promoção da educação contínua e contemplar políticas institucionais que promovam uma cultura de empatia e respeito em relação à sexualidade em cuidados paliativos. São, pois, aspetos essenciais para dotar os profissionais, garantir uma visão holística e melhorar a QV dos pacientes, visto que a falta de diretrizes sobre como abordar a sexualidade e a formação insuficiente conduzem à falta de orientação dos profissionais de saúde, levando a práticas baseadas em normas pessoais e subjetivas, resultando em desigualdades no acesso a cuidados de saúde sexual e perpetuando a exclusão de pacientes cujas necessidades específicas são ignoradas (13).

É, então, preponderante que os profissionais de saúde promovam uma orientação individualizada, tendo em consideração as características individuais de cada doente, tal como o tipo de cancro, os tratamentos que estão a ser aplicados, a idade, a orientação sexual, o estado relacional e a situação pessoal.

A formação especializada em saúde sexual, que compreenda comunicação sensível e o conhecimento dos recursos disponíveis, tem uma função fundamental, uma vez que concede aos profissionais de saúde competências ao se pronunciarem sobre esta temática com os pacientes (12,13,16).

Para além disto, acresce referir que pôr em prática políticas e normas que integrem a saúde sexual nos cuidados paliativos é fulcral para fomentar a promoção de uma atuação sólida, de qualidade, desenvolvendo uma cultura de empatia e respeito pelos pacientes (6,12).

Embora haja menção a terapias sexuais, aconselhamento psicológico e fármacos como possíveis intervenções (18,24,25), os artigos da revisão não fornecem pormenores sobre a sua aplicação específica em cuidados paliativos, nem comparam a sua eficácia. De referir que as estratégias terapêuticas específicas devem considerar diferenças entre pessoas sexualmente ativas e inativas, garantindo orientações objetivas sobre sexualidade e práticas seguras.

Assim, são prementes novas pesquisas para desenvolver, avaliar e implementar intervenções com sucesso nos cuidados paliativos (13).

5. Conclusão

A sexualidade é preponderante para os doentes oncológicos que se encontram em cuidados paliativos e, claramente, benéfica para os mesmos.

A presente revisão sistemática evidencia a necessidade urgente de aprofundar a pesquisa nesta área, para, desta forma, garantir uma abordagem realmente holística e baseada no bem-estar e na QV destes pacientes.

Inúmeras são as adversidades colocadas, como a ausência de formação dos profissionais de saúde, o estigma inerente à temática, bem como os tabus socioculturais, todavia, são identificados meios que permitirão outro tipo de intervenção mais humanizada, quer para os pacientes, quer para os profissionais de saúde. Esta intervenção deverá alicerçar-se em ferramentas de rastreio, métodos de abordagem concisos e informações disponíveis à comunidade em geral que, desta forma, poderá alterar o conceito, o estigma, que tem relativamente a este tema.

Para além de tudo isto, é ainda crucial que haja mais estudos, os quais permitam avaliar a concretização das sugestões acima referidas e em populações-alvo mais heterogéneas e fiéis àquilo que são os doentes oncológicos em cuidados paliativos.

Em suma, destacar que a sexualidade é algo inerente ao ser humano, que não deve ser encarada de forma leviana, visto que é um elemento fundamental da dignidade e da QV dos doentes oncológicos em cuidados paliativos.

6. Referências Bibliográficas

1. Chrastina J, Kurucová R. Available measurement tools of sexuality/sexual needs/intimacy in end-of-life clients (patients) and terminally ill persons. In: 3rd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences & Arts SGEM 2016; 2016. p. 189-196. doi:10.5593/SGEMSOCIAL2016/B12/S02.024.
2. Pereira BJ. Cancer and sexual health | Oncosexology (“Wide View”). European Sexual Medicine Network WG1. 2020.
3. Silva SM, Marques J, Reis-Pina P. How Prepared are We to Address Sexuality in Palliative Care? *Acta Med Port.* 2019 Oct 1;32(10):625-627. doi: 10.20344/amp.12265. PMID: 31625873.
4. Hilde de Vocht. Sexuality and Intimacy at the End of Life. In Reisman Y, Gianotten WL, editors. *Cancer, Intimacy and Sexuality*. Springer; 2017. p. 279-286.
5. W.L. Gianotten, J.A. Hordern. Sexual Health in the Terminally Ill. In Mulhall JP, Incrocci L, Goldstein I, Rosen R, editors. *Cancer and Sexual Health*. Totowa, NJ: Springer Science+Business Media, LLC; 2011. 577-587.
6. Morrissey Stahl KA, Bower KL, Seponski DM, Lewis DC, Farnham AL, Cava-Tadik Y. A Practitioner's Guide to End-of-Life Intimacy: Suggestions for Conceptualization and Intervention in Palliative Care. *Omega (Westport)*. 2018 May;77(1):15-35. doi: 10.1177/0030222817696540. Epub 2017 Mar 2. PMID: 29285977.
7. Chrastina J, Kurucová R, Kozáková Z, Špatenková N, Ludíková L. Conceptualization of sexuality and intimacy in terminally ill clients. In: 3rd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences & Arts SGEM 2016; 2016. p. 327-334.
8. Williams M, Addis G. Addressing patient sexuality issues in cancer and palliative care. *Br J Nurs.* 2021 May 27;30(10):S24-S28. doi: 10.12968/bjon.2021.30.10.S24. PMID: 34037445.
9. Leung MW, Goldfarb S, Dizon DS. Communication About Sexuality in Advanced Illness Aligns With a Palliative Care Approach to Patient-Centered Care. *Curr Oncol Rep.* 2016 Feb;18(2):11. doi: 10.1007/s11912-015-0497-2. PMID: 26769116.
10. Donz R, Russia B, Barbaret C, Braybrook D, Perceau-Chambard E, Reverdy T, Economos G. What contributes to promote sexual health in cancer palliative care? A realist review. *Sex Med Rev.* 2024 Jun 26;12(3):334-345. doi:

- 10.1093/sxmrev/qeae008. Erratum in: *Sex Med Rev.* 2024 Jun 26;12(3):539. doi: 10.1093/sxmrev/qeae042. PMID: 38508856.
11. Salata B, Kluczna A, Dzierżanowski T. Opioid-Induced Sexual Dysfunction in Cancer Patients. *Cancers (Basel).* 2022 Aug 22;14(16):4046. doi: 10.3390/cancers14164046. PMID: 36011039; PMCID: PMC9406921.
 12. Malta S, Wallach I. Sexuality and ageing in palliative care environments? Breaking the (triple) taboo. *Australas J Ageing.* 2020 Jun;39 Suppl 1:71-73. doi: 10.1111/ajag.12744. PMID: 32567182.
 13. Wang K, Ariello K, Choi M, Turner A, Wan BA, Yee C, Rowbottom L, Macdonald R, Lam H, Drost L, Chow E. Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: a narrative review. *Ann Palliat Med.* 2018 Apr;7(2):256-264. doi: 10.21037/apm.2017.10.05. Epub 2017 Nov 15. PMID: 29156921.
 14. van Roij J, Raijmakers N, Johnsen AT, Hansen MB, Thijs-Visser M, van de Poll-Franse L. Sexual health and closeness in couples coping with advanced cancer: Results of a multicenter observational study (eQuiPe). *Palliat Med.* 2022 Apr;36(4):698-707. doi: 10.1177/02692163221074541. Epub 2022 Feb 20. PMID: 35184635.
 15. McClelland SI, Holland KJ, Griggs JJ. Vaginal Dryness and Beyond: The Sexual Health Needs of Women Diagnosed With Metastatic Breast Cancer. *J Sex Res.* 2015;52(6):604-16. doi: 10.1080/00224499.2014.928663. Epub 2014 Aug 11. PMID: 25110913.
 16. Hjalmarsson E, Lindroth M. "To live until you die could actually include being intimate and having sex": A focus group study on nurses' experiences of their work with sexuality in palliative care. *J Clin Nurs.* 2020 Aug;29(15-16):2979-2990. doi: 10.1111/jocn.15303. Epub 2020 May 12. PMID: 32320512.
 17. Kelemen A, Van Gerven C, Mullins K, Groninger H. Sexuality and Intimacy Needs Within a Hospitalized Palliative Care Population: Results From a Qualitative Study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2022 Apr;39(4):433-437. doi: 10.1177/10499091211036928. Epub 2021 Aug 10. PMID: 34372687.
 18. Schmalz C, Oberguggenberger AS, Nagele E, Bliem B, Lanceley A, Nordin A, Kuljanic K, Jensen PT, Bjelic-Radisic V, Fabian A, Arraras JI, Wei-Chu C, Creutzberg CL, Galalae R, Toelen H, Zimmermann K, Costantini A, Almont T, Serpentine S, Frøding LP, Vistad I, Tomaszewski KA, Inwald E, Greimel E; EORTC Quality of Life Group. Sexual health-a topic for cancer patients receiving oncological

- treatment with palliative intent. *BMC Palliat Care*. 2024 Jul 29;23(1):189. doi: 10.1186/s12904-024-01513-4. PMID: 39075384; PMCID: PMC11285330.
19. Sung H, Jiang C, Bandi P, Minihan A, Fidler-Benaoudia M, Islami F, Siegel RL, Jemal A. Differences in cancer rates among adults born between 1920 and 1990 in the USA: an analysis of population-based cancer registry data. *Lancet Public Health*. 2024 Aug;9(8):e583-e593. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00156-7. PMID: 39095135.
 20. McClelland SI. "I wish I'd known": patients' suggestions for supporting sexual quality of life after diagnosis with metastatic breast cancer. *Sexual & Relationship Therapy* [Internet]. 2016 Nov;31(4):414–31. doi: <https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1093615>.
 21. Coelho AM. Da morte domesticada ao tabu da morte. *Médio Tejo*. 2017 Nov 1. Disponível em: <https://mediotejo.net/da-morte-domesticada-ao-tabu-da-morte-por-antonio-matias-coelho>
 22. Bramati P, Dai J, Urbauer DL, Bruera E. Attitudes of Palliative Care Specialists Toward Assessing Sexual Dysfunction in Patients With Cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2023 Aug;66(2):e185-e188. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.04.025. Epub 2023 May 3. PMID: 37146890.
 23. Taylor B. Experiences of sexuality and intimacy in terminal illness: a phenomenological study. *Palliat Med*. 2014 May;28(5):438-47. doi: 10.1177/0269216313519489. Epub 2014 Jan 21. PMID: 24449801.
 24. Campos LS, De Nardi SP, Limberger LF, Caldas JM. Sexual function and disease progression in women with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2022 Jun;30(6):5093-5098. doi: 10.1007/s00520-022-06797-x. Epub 2022 Feb 28. PMID: 35224655.
 25. Campos LS, De Nardi SP, Limberger LF, Pimentel MM, Hidalgo RC. Sexual function, body image and quality of life of women with advanced cancer. *Sex Disabil*. 2022;40(2):141-151. doi:10.1007/s11195-021-09722-y.
 26. Hawker S, Payne S, Kerr C, Hardey M, Powell J. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qual Health Res*. 2002 Nov;12(9):1284-99. doi: 10.1177/1049732302238251. PMID: 12448672.
 27. Mah K. Existential loneliness and the importance of addressing sexual health in people with advanced cancer in palliative care. *Psychooncology*. 2019 Jun;28(6):1354-1356. doi: 10.1002/pon.5092. Epub 2019 Apr 26. PMID: 30980432.

28. Joanna Briggs Institute. Critical Appraisal Tools [Internet]. JBI. 2020. Available from: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
29. Chang YL, Huang BS, Hung TM, Lin CY, Chen SC. Factors influencing body image in posttreatment oral cavity cancer patients. *Psychooncology*. 2019 May;28(5):1127-1133. doi: 10.1002/pon.5067. Epub 2019 Apr 11. PMID: 30889623.
30. Gillen MM, Markey CH. A review of research linking body image and sexual well-being. *Body Image*. 2019 Dec;31:294-301. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.12.004. Epub 2018 Dec 21. PMID: 30584001.
31. Covrig VI, Lazăr DE, Costan VV, Postolică R, Ioan BG. The Psychosocial Role of Body Image in the Quality of Life of Head and Neck Cancer Patients. What Does the Future Hold?-A Review of the Literature. *Medicina (Kaunas)*. 2021 Oct 9;57(10):1078. doi: 10.3390/medicina57101078. PMID: 34684115; PMCID: PMC8541191.
32. Schick VR, Calabrese SK, Rima BN, Zucker AN. Genital Appearance Dissatisfaction: Implications for Women's Genital Image Self-Consciousness, Sexual Esteem, Sexual Satisfaction, and Sexual Risk. *Psychol Women Q*. 2010 Sep 1;34(3):394-404. doi: 10.1111/j.1471-6402.2010.01584.x. PMID: 20824180; PMCID: PMC2931365.
33. World Health Organization. Frequently asked questions [Internet]. www.who.int. 2024. Available from: <https://www.who.int/about/frequently-asked-questions>
34. Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
35. Moradi B, Huang YP. Objectification Theory and Psychology of Women: A Decade of Advances and Future Directions. *Psychol Women Q*. 2008;32(4):377-398. doi: 10.1111/j.1471-6402.2008.00452.x.
36. Dunaev J, Markey CH, Brochu PM. An attitude of gratitude: The effects of body-focused gratitude on weight bias internalization and body image. *Body Image*. 2018 Jun;25:9-13. doi: 10.1016/j.bodyim.2018.01.006. Epub 2018 Feb 8. PMID: 29427948.
37. Papadopoulou C, Sime C, Rooney K, Kotronoulas G. Sexual health care provision in cancer nursing care: A systematic review on the state of evidence and deriving international competencies chart for cancer nurses. *Int J Nurs Stud*. 2019

- Dec;100:103405. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103405. Epub 2019 Aug 26. PMID: 31629206.
38. Dai Y, Cook OY, Yeganeh L, Huang C, Ding J, Johnson CE. Patient-Reported Barriers and Facilitators to Seeking and Accessing Support in Gynecologic and Breast Cancer Survivors With Sexual Problems: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Studies. *J Sex Med.* 2020 Jul;17(7):1326-1358. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.03.004. Epub 2020 Apr 21. PMID: 32331967.
39. Fennell R, Grant B. Discussing sexuality in health care: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2019 Sep;28(17-18):3065-3076. doi: 10.1111/jocn.14900. Epub 2019 Jun 13. PMID: 31017326.

Anexos

Anexo 1 – Registos excluídos com respetiva justificação

Nº	Artigos	Motivos de Exclusão
1	Almont T, Couteau C, Etienne H, Bondil P, Guimbaud R, Schover L, Huyghe É. Sexual health and needs for sexology care in digestive cancer patients undergoing chemotherapy: a 4-month cross-sectional study in a French University Hospital. <i>Support Care Cancer</i> . 2018 Aug;26(8):2889-2899. doi: 10.1007/s00520-018-4125-1. Epub 2018 Mar 14. PMID: 29541884.	O artigo não se concentra em pacientes em estágios terminais ou em cuidados paliativos.
2	Aupomerol M, Chaltiel D, Pautier P, Wehrer D, Véron L, Degoussée L, Fasse L, Guérault-Accolas L, Di Meglio A, Scotté F, De-Jesus A, Vaz-Luis I, Delalogue S, Lambertini M, Pistilli B. Breast Cancer Patients' Experience and Wishes Regarding Communication on Sexual Health: The BEROSE Study. <i>Cancer Invest</i> . 2022 Jul;40(6):483-493. doi: 10.1080/07357907.2022.2066112. Epub 2022 May 1. PMID: 35468006.	O artigo não se concentra em pacientes em estágios terminais ou em cuidados paliativos.
3	Chrastina J, Radka Kurucová, Zdeňka Kozáková, Naděžda Špatenková, Libuše Ludíková. Conceptualization of sexuality and intimacy in terminally ill clients. 3rd International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences & Arts SGEM 2016 [Internet]. 2016 Jan 1	O artigo trata da sexualidade nos cuidados paliativos de forma geral, sem foco exclusivo em pacientes oncológicos. Embora mencione o impacto do cancro nas funções sexuais, não aprofunda as disfunções em pacientes oncológicos nesse contexto.
4	Donz R, Russia B, Barbaret C, Braybrook D, Perceau-Chambard E, Reverdy T, Economos G. What contributes to promote sexual health in cancer palliative care? A realist review. <i>Sex Med Rev</i> . 2024 Jun 26;12(3):334-345. doi: 10.1093/sxmrev/qeae008. Erratum in: <i>Sex Med Rev</i> . 2024 Jun 26;12(3):539. doi: 10.1093/sxmrev/qeae042. PMID: 38508856.	O artigo é uma revisão sistemática com meta-análise.
5	Galvão DA, Taaffe DR, Chambers SK, Fairman CM, Spry N, Joseph D, et al. Exercise intervention and sexual function in advanced prostate cancer: a randomised controlled trial. <i>BMJ Support Palliat Care</i> [Internet]. 2022 Mar;12(1):29–32	O artigo não se concentra em pacientes em estágios terminais ou em cuidados paliativos.

- | | |
|---|--|
| <p>6 Kelemen A, Van Gerven C, Mullins K, Groninger H. Sexuality and Intimacy Needs Within a Hospitalized Palliative Care Population: Results From a Qualitative Study. <i>Am J Hosp Palliat Care</i>. 2022 Apr;39(4):433-437. doi: 10.1177/10499091211036928. Epub 2021 Aug 10. PMID: 34372687.</p> | <p>Dos 21 participantes em cuidados paliativos, apenas 4 eram pacientes oncológicos, não especificando quais, indo, deste modo, contra os critérios, que exigem um foco exclusivo na população oncológica.</p> |
| <p>7 Malta S, Wallach I. Sexuality and ageing in palliative care environments? Breaking the (triple) taboo. <i>Australas J Ageing</i>. 2020 Jun;39 Suppl 1:71-73. doi: 10.1111/ajag.12744. PMID: 32567182.</p> | <p>O artigo não se concentra exclusivamente em pacientes oncológicos nem detalha a função sexual nessa população.</p> |
| <p>8 Morrissey Stahl KA, Bower KL, Seponski DM, Lewis DC, Farnham AL, Cavatadik Y. A Practitioner's Guide to End-of-Life Intimacy: Suggestions for Conceptualization and Intervention in Palliative Care. <i>Omega (Westport)</i>. 2018 May;77(1):15-35. doi: 10.1177/0030222817696540. Epub 2017 Mar 2. PMID: 29285977.</p> | <p>O artigo não se concentra em pacientes oncológicos.</p> |
| <p>9 Rio CJ, Goto T, Hsiao CP, Ross ALR, Saligan LN. Family Wellbeing and Sexual Health of Patients Receiving Treatment for Prostate Cancer. <i>Cancer Manag Res</i>. 2023 Oct 31;15:1197-1206. doi: 10.2147/CMAR.S421951. Erratum in: <i>Cancer Manag Res</i>. 2023 Nov 16;15:1319-1320. doi: 10.2147/CMAR.S450001. PMID: 37929256; PMCID: PMC10625326.</p> | <p>O artigo exclui pacientes em estágios avançados, terminais ou em cuidados paliativos, e inclui participantes ainda sob tratamento curativo.</p> |
| <p>10 Salata B, Kluczna A, Dzierżanowski T. Opioid-Induced Sexual Dysfunction in Cancer Patients. <i>Cancers (Basel)</i>. 2022 Aug 22;14(16):4046. doi: 10.3390/cancers14164046. PMID: 36011039; PMCID: PMC9406921.</p> | <p>Os estudos incluídos abordam populações fora da atenção da população oncológica, como os usuários de opióides ou pacientes antes dos estágios terminais da doença. Portanto, utilizar o artigo implicaria generalizar resultados inadequados para o contexto específico da sexualidade em pacientes oncológicos em cuidados paliativos.</p> |
| <p>11 Silva SM, Marques J, Reis-Pina P. How Prepared are We to Address Sexuality in Palliative Care? <i>Acta Med Port</i>. 2019 Oct 1;32(10):625-627. doi: 10.20344/amp.12265. PMID: 31625873.</p> | <p>O artigo não aprofunda a função sexual ou estratégias de intervenção.</p> |

-
- 12** Wang K, Ariello K, Choi M, Turner A, Wan BA, Yee C, Rowbottom L, Macdonald R, Lam H, Drost L, Chow E. Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: a narrative review. *Ann Palliat Med.* 2018 Apr;7(2):256-264. doi: 10.21037/apm.2017.10.05. Epub 2017 Nov 15. PMID: 29156921.
- Embora o título indique tratar-se de uma 'revisão narrativa', a estrutura e a abordagem adotadas no artigo — evidentes quando se lê o texto na íntegra — deixam claro que se trata, na verdade, de uma revisão sistemática.
-
- 13** Williams M, Addis G. Addressing patient sexuality issues in cancer and palliative care. *Br J Nurs.* 2021 May 27;30(10):S24-S28. doi: 10.12968/bjon.2021.30.10.S24. PMID: 34037445.
- O foco central do artigo não é a sexualidade de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, mas a educação dos profissionais de saúde como abordar o tema.
-

Anexo 2 – Avaliação da qualidade dos artigos de acordo com a Escala de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell

Main author	Abstract Title	Introduction Aims	Method Data	Sampling	Data Analysis	Ethics Bias	Results	Generalisability	Implications	Total
Bramati	4	3	4	3	4	4	4	4	4	34
Campos	4	4	4	3	3	4	4	3	3	32
Campos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Leung	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Mah	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
McClelland	4	4	4	4	4	3	4	3	4	34
McClelland	4	3	4	3	4	4	4	2	4	32
Roij	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Schmalz	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36
Taylor	4	4	4	3	3	3	4	3	4	32

Anexo 3 – Escala de Avaliação da Qualidade de Hawker, Payne, Kerr, Hardy e Powell

1. Abstract and title. Did they provide a clear description of the study?

Good: structured abstract with full information and clear title.

Fair: abstract with most of the information.

Poor: inadequate abstract.

Very poor: no abstract.

2. Introduction and aims. Was there a good background section and clear statement of the aims of the research?

Good: full but concise background to discussion/study containing up-to-date literature review and highlighting gaps in knowledge; clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair: some background and literature review; research questions outlined.

Poor: some background but no aim/objectives/questions OR aims/objectives but inadequate background.

Very poor: no mention of aims/objectives; no background or literature review.

3. Method and data. Is the method appropriate and clearly explained?

Good: method is appropriate and described clearly (e.g. questionnaires included); clear details of the data collection and recording.

Fair: method appropriate, description could be better; data described.

Poor: questionable whether method is appropriate; method described inadequately; little description of data.

Very poor: no mention of method AND/OR method inappropriate AND/OR no details of data.

4. Sampling. Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good: details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited and why this group was targeted; the sample size was justified for the study; response rates shown and explained.

Fair: sample size justified; most information given but some missing.

Poor: sampling mentioned but few descriptive details.

Very poor: no details of sample.

5. Data analysis. Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good: clear description of how analysis was carried out; description of how themes derived/respondent validation or triangulation.

Fair: descriptive discussion of analysis.

Poor: minimal details about analysis.

Very poor: no discussion of analysis.

6. Ethics and bias. Have ethical issues been addressed and has necessary ethical approval been gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good: ethics: when necessary, issues of confidentiality, sensitivity and consent were addressed; bias: researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair: lip service was paid to above (i.e. these issues were acknowledged).

Poor: brief mention of issues.

Very poor: no mention of issues.

7. Results. Is there a clear statement of the findings?

Good: findings explicit, easy to understand and in logical progression; tables, if present, are explained in text; results relate directly to aims; sufficient data are presented to support findings.

Fair: findings mentioned but more explanation could be given; data presented relate directly to results.

Poor: findings presented haphazardly, not explained and do not progress logically from results.

Very poor: findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalisability. Are the findings of this study transferable (generalisable) to a wider population?

Good: context and setting of the study are described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Q4 (sampling).

Fair: some context and setting described but more needed to replicate or compare the study with others, plus fair score or higher in Q4.

Poor: minimal description of context/setting.

Very poor: no description of context/setting.

9. Implications and usefulness. How important are these findings to policy and practice?

Good: contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective; suggests ideas for further research; suggests implications for policy and/or practice.

Fair: two of the above.

Poor: only one of the above.

Very poor: none of the above.

Anexo 4 – Lista de Verificação de Avaliação Crítica para Evidência Textual: Opinião de Especialistas

	Yes	No	Unclear	Not applicable
Is the source of the opinion clearly identified?	A4, A5			
Does the source of opinion have standing in the field of expertise?				A4, A5
Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?	A4, A5			
Does the opinion demonstrate a logically defended argument to support the conclusions drawn?	A4, A5			
Is there reference to the extant literature?	A4, A5			
Is any incongruence with the literature/sources logically defended?		A4	A5	